



# PSORÍASE GENITAL

GUILHERME VITORIANO SILVA (1), IVO CASTELO BRANCO (2), ROMMEL P REGADAS (3), RICARDO REGES OLIVEIRA MAIA (3)

(1) RESIDENTE DE UROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL; (2) PROFESSOR DA DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC) E COORDENADOR DO NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL DA UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL; (3) PROFESSOR ADJUNTO DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL



## INTRODUÇÃO ▲

Psoríase é enfermidade inflamatória, de evolução crônica, mediada por fenômenos imunes, de distribuição universal. Ocorre igualmente entre homens e mulheres e estima-se que acometa entre 1% a 2% das populações adultas dos Estados Unidos, Alemanha e Inglaterra e 5% da população adulta na Noruega (2, 7). No Brasil, os dados disponíveis do Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia, mostram que o diagnóstico de psoríase foi verificado em 1.349 de um total de 54.519 pessoas que consultaram dermatologistas em estabelecimentos públicos e privados, totalizando 2.5% dessa amostra. Estudo mais recente, realizado por consulta telefônica, mostrou uma prevalência de 1.31% de uma amostra de 8947 pessoas em 3002 residências pesquisadas (9). A psoríase tem etiologia multifatorial, em que fatores genéticos e influências ambientais levam à disfunção imune- celular responsável pelo quadro inflamatório crônico característico (7).

Além da psoríase vulgar em placas, podemos ainda considerar outras formas clínicas: psoríase gutata, psoríase pustulosa, localizada ou generalizada, psoríase eritrodérmica, psoríase artropática (10). A psoríase pustular generalizada aguda é descrita como uma erupção pústulas do tamanho de uma cabeça de alfinete em um fundo eritematoso, frequentemente em lesões de psoríase vulgar preexistente e é associada à febre, mal-estar e leucocitose. A psoríase pustular localizada geralmente envolve as mãos e pés e pode ainda ser classificada como pustulose palmoplantar e acrodermatite. Essas formas localizadas podem se transformar em uma generalizada (11).

A apresentação desta doença apenas na pele genital é rara, e a psoríase pustulosa ocorrida somente na glândula é mais rara ainda. A psoríase genital pode ser confundida com outras doenças, como balanite, síndrome de Reiter e infecções sexualmente transmissíveis (IST). Os tratamentos da psoríase são muito diferentes dos outros distúrbios da pele, por

isso o diagnóstico correto é extremamente importante (5).

Embora o envolvimento genital pustular seja conhecido em formas pustulares generalizadas de psoríase é incomum em formas localizadas. A psoríase pustulosa localizada geralmente ocorre sobre as mãos e os pés, apenas alguns poucos relatos de caso foram relatados de psoríase pustulosa localizada envolvendo o pênis (4, 11, 12). A psoríase que afeta a pele genital pode estar associada a uma considerável morbidade, desconforto e constrangimento, podendo comprometer consideravelmente a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial (1, 3).

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 21 anos, cor branca, procurou atendimento no ambulatório de IST do HUWC, devido apresentar lesões dolorosas pardas crostosas em glândula do pênis (Figura-1). Negava uso de preservativo e teve diminuição importante da atividade sexual após

início do quadro clínico, por constrangimento e medo de dor durante o ato sexual. Relatava que o quadro teve início há 5 meses, fazendo vários tratamentos tópicos e sistêmico, evoluindo com períodos intermitentes de melhora.

Fez tratamento com três dosagens de penicilina benzantina pensando em sífilis, sem melhora. Em seguida, foi prescrito azitromicina por 3 semanas pensando em donovanose. Ainda usou pomada aciclovir. Tomou doxaciclina por 3 semanas. Fluconazol 1x/semana por 3 semanas. Apesar do tratamento com todas estas medicações, evoluiu sem melhora (Figura 1).

Negava erupções cutâneas prévias, atopia, manifestações articulares e casos familiares de doenças dermatológicas. Durante acompanhamento, paciente apresentou lesões crostosas em axila esquerda e na mucosa nasal (Figura-2).

As sorologias para HIV, hepatites e demais ISTs foram negativas. Então, foi feita biopsia incisional da glândula e prepúcio do pênis e axila. O anátomo-patológico revelou: balanite e postite crônica em acentuada atividade, perivascular e

## FIGURA 1



Glande do pênis com crostas;

superficial, psoriasiforme, consistente com psoríase (Figura-3).

Biopsia da axila dermatite crônica em acentuada atividade, perivascular e superficial, psoriasiforme, consistente com psoríase (Figura-4);

Diante dos resultados, iniciou tratamento tópico com tacrolimo pomada em glândula do

FIGURA 2



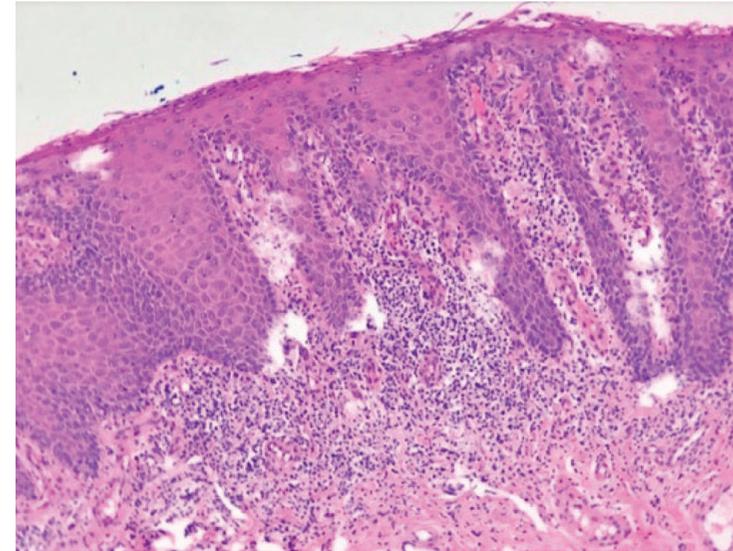
Lesões crostosas em axila e mucosa nasal;

pênis e creme ácido fusídico na mucosa da narina. Evoluiu com melhora importante do quadro clínico (Figura-5).

## DISCUSSÃO

A psoríase é uma doença crônica autoimune que acomete de 1.31% a 2% da população

FIGURA 3

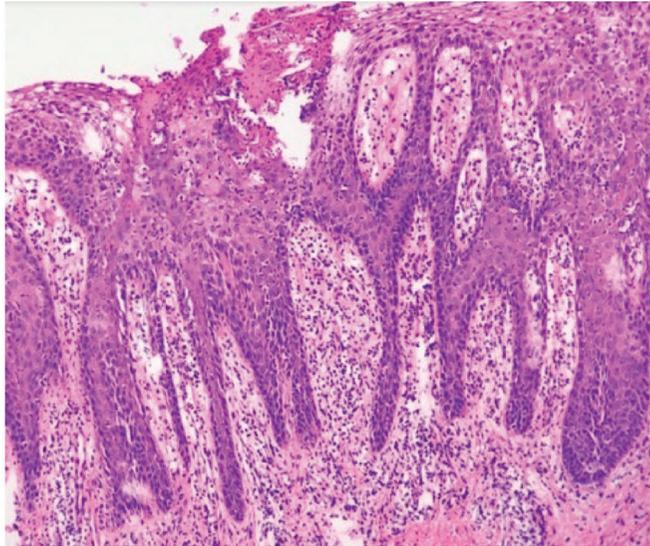


Biópsia de glânde: hiperplasia psoriasiforme;

brasileira. A afecção é caracterizada por inflamação, hiperproliferação dos queratinócitos, alterações em sua diferenciação e sua vascularização. As células epiteliais se maturam de forma acelerada e, antes da descamação dos corneócitos, chegam à camada superficial, onde se acumulam e geram as lesões características da doença (8, 9).

A psoríase pustular é comumente classificada como generalizada ou localizada. Este

FIGURA 4



Biopsia da axila: hiperplasia psoriasiforme;

FIGURA 5



Paciente com melhora das lesões em glândula peniana.

caso clínico evidencia uma psoríase pustular localizada, na qual se apresentou de forma diferente das outras formas de psoríase pustular localizada, que geralmente são psoríase pustular palmo-plantar, acrodermatite contínua de Hallopeau, psoríase pustular das dobras da criança (12).

O diagnóstico da Psoríase genital pode ser feito com base em sua aparência clínica. Lesões em outros locais ou outros sinais clínicos de Psoríase, como deformidade nas unhas ou queixas articulares, podem estar presentes. A Biópsia de pele, raramente é necessária, mas não devem ser omitidas em casos inconclusivos. Histologicamente, não há diferença aparente entre a Psoríase genital e não genital (3, 10).

Na literatura, ao nosso conhecimento, existem somente 3 casos de psoríase genital exclusiva. Um homem de 23 anos com lesões pustular afetando tanto a glândula quanto a bainha da haste peniana. O segundo caso correspondeu a uma psoríase pustular circulante da glândula, simulando uma balanite circulante sem outro si-

nal da síndrome de Fiessinger-Leroy em um homem 37 anos. O terceiro caso de psoríase pustular exclusivamente localizada na membrana mucosa da glândula, sem lesão da bainha cutânea associada em um homem de 31 anos (12).

O tratamento da psoríase pustular generalizada pode incluir medicamentos sistêmicos, como etretinato, metotrexato, corticosteróides, sulfapiridina, ciclosporina, dapsona e PUVA. O tratamento para psoríase pustular localizada inclui o uso de corticosteróides tópicos e preparações de alcatrão, terapêutica sistêmica com etretinato e PUVA tem sido sem sucesso (11). No caso de nosso paciente, optamos por tratamento tópico tacrolimus, devido a não boa resposta com corticosteróides tópicos.

Em relação aos imunomoduladores, um autor expressou a opinião de que o uso de pomada de pimecrolimus ou creme de tacrolimus pode ser útil, embora reconhecendo que eles podem causar irritação local e ardor (3). Recomenda-se o monitoramento de possíveis complicações dos imunomoduladores, pois podem

causar dermatite de contato alérgica ou irritativa, candidíase ou (re) ativação de infecções virais da pele (3).

## CONCLUSÃO

O presente caso representou um desafio na busca pelo diagnóstico correto, tratamento direcionado e controle de possíveis e graves complicações. Nas lesões penianas de difícil tratamento, deve-se pensar também em psoríase, e não somente em infecções sexualmente transmissíveis. A psoríase nas suas formas clínicas atípicas requerem o uso de análises histológica, a fim de realizar diagnósticos diferenciais e orientar as escolhas terapêuticas da melhor maneira possível.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cather JC, Ryan C, Meeuwis K, Potts Bleakman AJ, Naegeli AN, Edson-Heredia E, et al. Patients' Perspectives on the Impact of Genital Psoriasis: A Qualitative Study. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017; 7:447-461.
2. Kurizky PS, Mota LM. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis--a systematic review. *Rev Bras Reumatol*. 2012; 52:943-8.
3. Meeuwis KA, de Hullu JA, Massuger LF, van de Kerckhof PC, van Rossum MM. Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol*. 2011; 91:5-11.
4. Singh N, Thappa DM. Circinate pustular psoriasis localized to glans penis mimicking 'circinate balanitis' and responsive to dapson. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008; 74:388-9.
5. Gong Z, Sun Y, Peng Y, Lai W, Xu Q, Zheng Y. A Pustular Psoriasis Limited to the Glans Misdiagnosed as Balanitis or Reiter's Syndrome. *3:1-3;2017*.
6. Mauro RL Passos, Vandira MS Pinheiro, Alice G Baccellar, Mauro AO Appollina, ACF Machado, Eliane P Dias. Psoríase genital simulando balanopostite. *J. Bas. Doenças Sex Trans*. 11, 32-33, 1999.

7. Sílvia Alencar Marques, Mariana Ferreira de Rezende, Regina Célia Molina Buttros, Luciane Donida Bártoli Miot, Mariangela Esther Alencar Marques. Psoríase associada à infecção pelo HIV/aids. *Diagn Tratamento*. 2010; 15:117-21.
8. Ana Carolina A de F Ferreira, Fernanda SA dos Anjos, Patrícia M Yoshino, Livia S Hal, Simone CC Pinto, Ricardo B Lima. Psoríase Eritrodérmica: relato de caso e revisão bibliográfica. *47, 2 (2014)*.
9. Romiti R, Amone M, Menter A, Miot HA. Prevalence of psoriasis in Brazil - a geographical survey. *Int J Dermatol*. 2017; 56:e167-e168.
10. Pinto GM, Gonçalo MM, Resende C, Pereira A. Psoríase [Psoriasis]. *Acta Med Port*. 2001; 14:219-45.
11. Quan MB, Ruben BS. Pustular psoriasis limited to the penis. *Int J Dermatol*. 1996; 35:202-4.
12. Dauendorffer JN, Bagot M, Bachelez H, Cavelier-Balloy B. Psoriasis pustuleux de présentation génitale exclusive [Pustular psoriasis localized to the genital region]. *Ann Dermatol Venereol*. 2013; 140:386-7.

## AUTOR CORRESPONDENTE ▲

Guilherme Vitoriano Silva

Residente de Urologia do Hospital Universitário Walter

Cantídio da Universidade Federal do Ceará,

Fortaleza, CE, Brasil

Rua Pastor Samuel Munguba, nº 1290,

Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE

Cep: 60430-372

Tel.: 85 3366-8167

E-mail: gvitoriano@outlook.com.br



RETORNAR  
INÍCIO



MENU



IMPRIMIR  
PDF



COMPARTILHAR  
VIA WHATSAPP



PRÓXIMO  
ARTIGO