





5. Gupta AK, Carviel J, Shear NH. Antibiofilm treatment for onychomycosis and chronic fungal infections. *Skin Appendage Disord.* 2018;4:136–40.
6. Grover C, Bansal S, Nanda S, Reddy BS, Kumar V. Combination of surgical avulsion and topical therapy for single nail onychomycosis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2007;157:364–8.
7. Pandhi D, Verma P. Nail avulsion: indications and methods (surgical nail avulsion). *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78:299–308.
8. Lai WY, Tang WY, Loo SK, Chan Y. Clinical characteristics and treatment outcomes of patients undergoing nail avulsion surgery for dystrophic nails. *Hong Kong Med J.* 2011;17:127–31.

José Antônio Jabur da Cunha <sup>a</sup>,  
 Fernanda Santana Barbosa <sup>a</sup>,  
 Gustavo de Sá Menezes Carvalho <sup>a,\*</sup>  
 e John Verrinder Veasey <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Clínica de Dermatologia, Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

<sup>b</sup> *Disciplina de Dermatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [gustavo.carvalho@msn.com](mailto:gustavo.carvalho@msn.com)

(G. de Sá Menezes Carvalho).

Recebido em 14 de abril de 2024; aceito em 3 de junho de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.10.006>

2666-2752/ © 2024 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open

Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Tratamento da psoríase ungueal com metotrexato intralesional: relato de quatro casos demonstrando abordagem efetiva e segura com doses menores<sup>☆☆</sup>



Prezado Editor,

A prevalência da psoríase ungueal (NP) varia de 10% a 82% entre pacientes com psoríase, com incidência ao longo da vida de 80% a 90%. É considerada uma das regiões mais difíceis de tratar, com 5% a 10% dos casos se manifestando na ausência de sintomas cutâneos. Pode estar associada a dor, inflamação com paroníquia, preocupação estética e função prejudicada dos dedos, o que impacta significativamente na qualidade de vida dos indivíduos.<sup>1,2</sup>

Terapias tópicas e injetáveis são recomendadas para doenças de poucas unhas (< 3) e envolvem injeção local de esteroides, como o acetato de triancinolona (TAC), metotrexato (MTX) e também a ciclosporina. Entre eles, estudos apontam o TAC como a terapia mais investigada. Já a injeção intramatricial de MTX apresentou o maior benefício com efeitos colaterais mínimos, com resultados comparáveis à injeção de TAC. A ciclosporina foi o medicamento menos eficaz e com mais efeitos colaterais.<sup>1,3</sup>

Em virtude da eficácia relatada do MTX intralesional em estudos recentes, ele pode ser considerado entre as terapias de primeira linha, especialmente em casos de envolvimento da matriz ungueal e também quando se prioriza eficácia

com o mínimo de efeitos colaterais. Os estudos apontam a dose de 2,5 mg por sessão (0,1 mL de uma solução de 25 mg/mL) no leito ungueal; a dor local é o principal efeito colateral apontado.<sup>4–6</sup> Já o tratamento sistêmico, incluindo os biológicos, é recomendado em casos resistentes, três ou mais unhas acometidas, extensa participação da pele e articulações, ou/e um impacto significativo na qualidade de vida do paciente.<sup>7–9</sup> A seguir, apresentamos uma série de quatro casos tratados em nosso serviço, utilizando MTX intramatricial com dose reduzida, com detalhamento da técnica utilizada e resultados satisfatórios.

### Paciente 1

Mulher, 53 anos, previamente com fibromialgia, dislipidemia e diabetes. Em uso de amitriptilina, sinvastatina e glifage. Diagnóstico de psoríase vulgar com acometimento ungueal há mais de 10 anos. Em uso de MTX subcutâneo 25 mg/semana e ácido fólico 5 mg/semana, com controle do quadro cutâneo. Além disso, fazia uso tópico de clobetasol 8% em esmalte 2× semana. Foi submetida a infiltração intramatricial de MTX em ambos os polegares e hálux. Técnica: aspiramos 12,5 mg da medicação (0,5 mL) com 0,5 mL de soro fisiológico. Aplicamos 0,05 mL (0,625 mg de MTX) divididos em dois pontos bilateralmente (0,025 mL em cada ponto localizados a 3 mm da dobra digital proximal – ângulo de intersecção da unha com a dobra digital) em cada polegar e hálux, bilateralmente. Dose total na paciente: 2,5 mg. Utilizamos seringa BD de 100 UI (1 mL).

### Paciente 2

Mulher, 68 anos, hipertensa, cardiopata, dislipidêmica e com hipotireoidismo. Diagnóstico de NP há mais de um ano. Tratamento prévio com corticoides tópicos e biotina oral. Foi submetida a três sessões de MTX intramatricial, em intervalos mensais, com aplicação de 0,625 mg (0,05 mL da solução) em todas as unhas das mãos, conforme técnica descrita acima. Dose total por sessão: 6,25 mg.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.05.001>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Seidel A, Rigatti M, de Farias DC, Bald AP, Schmitz JR. Treatment of nail psoriasis with intralesional methotrexate: report of four cases demonstrating an effective and safe approach with lower doses. *An Bras Dermatol.* 2025;100:211–3.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Tabela 1 Casos clínicos

Caso	Sexo	Idade	Tempo de evolução da psoríase ungueal	Tratamentos prévios	Alterações ungueais – antes e depois	Número de sessões	Dose por dobra ungueal	Número de dedos tratados	Grau de satisfação do paciente	Intervalo entre as Sessões
1	Feminino	53 anos	> 10 anos	Metotrexato subcutâneo, clobetasol tópico		1	1,25 mg (0,05 mL da solução)	Polegares + hálux bilaterais	Alta	N/A
2	Feminino	68 anos	> 1 ano	Corticoides tópicos, biotina oral		3	0,625 mg (0,05 mL da solução)	Todas as unhas das mãos	Alta	Mensal
3	Masculino	78 anos	> 2 anos	Corticoide tópico, ureia, eritromicina, terbinafina, acitretina oral, zinco oral		3	0,625 mg (0,05 mL da solução)	Todas as unhas das mãos	Alta	Mensal
4	Feminino	67 anos	5 meses	Ureia, corticoide tópico de alta potência		3	0,625 mg (0,05 mL da solução)	Todas as unhas das mãos	Alta	Mensal

### Paciente 3

Homem, 78 anos, hipertenso, cardiopata, hiperplasia prostática benigna, labirintite, diverticulite e urticária. Diagnóstico de NP e líquen plano há mais de dois anos. Tratamentos prévios com corticoide tópico, ureia, eritromicina, terbinafina, acitretina oral (25 mg/dia) e zinco oral. Foi submetido ao mesmo protocolo da Paciente 2.

### Paciente 4

Mulher, 67 anos, com depressão e alopecia fibrosante frontal. Diagnóstico de NP há cinco meses. Tratamentos anteriores com ureia e corticoide. Realizou o mesmo protocolo da Paciente 2.

A [tabela 1](#) relaciona os casos clínicos do presente estudo.

Após revisão da literatura e a série de casos apresentada, podemos observar que a terapia intramatricial é modalidade terapêutica segura, econômica e eficaz no manejo da NP. Apesar disso, até o momento, não encontramos literatura que demonstrasse protocolos com doses e formas de administração da medicação. Ao descrever nossos casos, acreditamos preencher essa lacuna. Com a técnica descrita, utilizando doses reduzidas, além de promover maior conforto ao paciente, podemos reservar concentrações maiores para pacientes que não respondem às sessões iniciais. Contudo, para ser considerada abordagem terapêutica promissora, salientamos a necessidade de estudos adicionais.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Angélica Seidel: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Marcelo Rigatti: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Débora Cadore de Farias: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Ana Paula Bald: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.



José Ricardo Grams Schmitz: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

- Battista T, Scalvenzi M, Martora F, Potestio L, Megna M. Nail psoriasis: an updated review of currently available systemic treatments. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023;16:1899–932.
- Thomas L, Azad J, Takwale A. Management of nail psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46:3–8.
- Ricardo JW, Lipner SR. Nail psoriasis in older adults: intralesional, systemic, and biological therapy. *Dermatol Clin*. 2021;39:195–210.
- Mittal J, Mahajan BB. Intramatricial injections for nail psoriasis: an open-label comparative study of triamcinolone, methotrexate, and cyclosporine. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2018;84:419–23.
- Mokni S, Ameur K, Ghariani N, Sriha B, Belajouza C, Denguizli M, et al. A case of nail psoriasis successfully treated with intralesional methotrexate. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2018;8:647–51.
- Augustin M, Mrowietz U, Willsmann-Theis D, Gerdes S, Fotiou K, Schuster C, et al. Ixekizumab versus FAEs and methotrexate in treatment of nail psoriasis in patients with moderate-to-severe psoriasis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2024;22:278–81.
- Hwang JK, Lipner SR. Safety of current systemic therapies for nail psoriasis. *Expert Opin Drug Saf*. 2023;22:391–406.
- Affify AA, Shaheen MA, El-Banna MG. Fractional CO2 laser in the treatment of nail psoriasis: how can it help? *Arch Dermatol Res*. 2023;315:1705–15.
- Canal-García E, Bosch-Amate X, Belinchón I, Puig L. Nail psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113:481–90.

Angélica Seidel \*, Marcelo Rigatti ,  
Débora Cadore de Farias , Ana Paula Bald   
e José Ricardo Grams Schmitz 

*Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil*

\* Autor para correspondência.

E-mail: [seidelangel@gmail.com](mailto:seidelangel@gmail.com) (A. Seidel).

Recebido em 17 de março de 2024; aceito em 24 de maio de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.10.003>

2666-2752/ © 2024 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).