

Psoriasis en la infancia

C. Ciudad Blanco, F. Alfageme Roldán, M. Campos Domínguez, J.M. Hernanz Hermosa¹

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón».

¹Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta a un 2-3% de la población general. Aproximadamente, en uno de cada tres pacientes comienza en la edad infantil, y supone el 4% de todas las enfermedades de la piel del niño. La cara y las zonas de los pliegues se ven afectadas con frecuencia, y además son áreas especialmente sensibles a los efectos adversos de los corticoides tópicos. Los inhibidores de la calcineurina tópicos suponen una opción eficaz y segura en el tratamiento de la psoriasis invertida en niños.

Palabras clave

Psoriasis, niños, tacrolimus tópico

Abstract

Title: Psoriasis in childhood

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disorder that affects 2% to 3% of the population. Approximately one-third of the patients note its onset during childhood, and it accounts for 4% of the cutaneous disorders in children. The face and intertriginous areas are often involved, and they are particularly sensitive to the adverse effects of steroid use. Topical calcineurin inhibitors are an effective and safe option for the treatment of inverse psoriasis in children.

Keywords

Psoriasis, children, topical tacrolimus

Caso clínico

Varón de 3 años remitido al servicio de dermatología por lesiones en las regiones axilar, inguinal y periumbilical, de 6 meses de evolución. Como antecedentes personales, destacaban un retraso global del desarrollo y crisis epilépticas recurrentes en el contexto de cuadros febriles. Los padres no referían antecedentes familiares de enfermedades cutáneas ni otros de interés. En la exploración física se observan placas eritematosas, con escasa descamación en la periferia, muy bien delimitadas, en ambas axilas, los pliegues inguinal, interglúteo y periumbilical (figura 1 a y b), así como una descamación retroauricular y en los conductos auditivos externos. Las lesiones habían sido tratadas con antifúngicos y antibióticos tópicos en varias ocasiones, sin que el paciente experimentase mejoría. El estado general del niño era bueno y el desarrollo ponderoestatural adecuado para su edad. Se realizó un cultivo para hongos y bacterias, que resultó negativo. Con el diagnóstico clínico de psoriasis invertida o en pliegues, se inicia tratamiento con tacrolimus tópico al 0,1%, aplicándose 2 veces al día durante 4 semanas. En la primera semana se produce una importante mejoría de las lesiones, con un blanqueamiento casi total de éstas a los 15 días de tratamiento, sin efectos secundarios asociados (figura 2 a y b).

Discusión

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel de curso crónico, con remisiones y exacerbaciones, que afecta al 3% de

la población general. En la infancia presenta ciertas características de este grupo de edad, y supone el 4% de todas las enfermedades de la piel del niño. Es una patología con un importante impacto sobre la calidad de vida del paciente, que obliga a un tratamiento, tópico en la mayoría de los casos, pero incómodo de seguir en muchas ocasiones^{1,2}. La lesión primaria de psoriasis consiste en una placa eritematosa con descamación superficial y, normalmente, de morfología anular. La localización de las placas puede modificar sus características clínicas. Así, los pliegues cutáneos, por ser zonas húmedas, no presentan apenas descamación, sino placas eritematosas brillantes, con un tono rosado y muy bien delimitadas. La cara es una zona que se afecta con más frecuencia en los niños que en los adultos. Además, el antecedente de una infección previa al primer brote de psoriasis es relativamente frecuente en la infancia.

La psoriasis presenta una importante carga familiar: hasta un 30% de los pacientes tiene un familiar de primer grado afectado, elevándose hasta un 80% en parientes de segundo grado. Existe una hiperproliferación epidérmica, una alteración de la diferenciación de los queratinocitos y un infiltrado dérmico predominantemente por linfocitos T CD4. En un individuo genéticamente predispuesto, un estímulo de naturaleza variada provocaría la liberación de diversas citocinas y quimiocinas, responsables de las alteraciones epidérmicas y de la activación de un mayor número de linfocitos T, perpetuándose así la respuesta inflamatoria y la placa crónica de psoriasis.

Existen varias formas clínicas de psoriasis. La vulgar, o en placas, supone la variante más frecuente. Aparecen placas

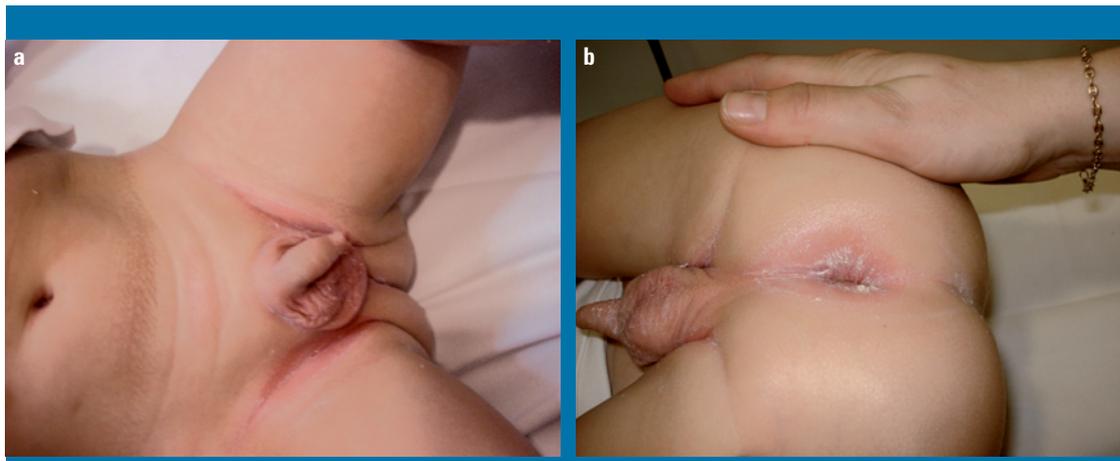


Figura 1 a y b. Placas eritematosas, con leve descamación periférica, bien delimitadas, simétricas, en ambos pliegues inguinales e interglúteo



Figura 2 a y b. Resolución de lesiones de psoriasis invertida tras el tratamiento con tacrolimus al 0,1%

simétricas y bilaterales en los codos, las rodillas, las superficies de extensión de las extremidades, la región sacra y el cuero cabelludo. La psoriasis *gutatta* es una forma de inicio agudo con numerosas lesiones de pequeño tamaño, de predominio en el tronco, con antecedente frecuente de infección faríngea por estreptococo betahemolítico. Las formas eritodérmicas y pustulosas son infrecuentes en niños. La psoriasis invertida afecta tanto a los grandes pliegues (axilares, inguinales, interglúteo, cervical), como a los pequeños (retroauricular, periumbilical e interdigitales). La escama característica de la psoriasis no suele observarse al tratarse de superficies húmedas. En el lactante, la forma más frecuente de psoriasis es la del área del pañal, que se considera un ejemplo de psoriasis invertida. Esta zona puede ser la única afectada o aparecer lesiones en otras localizaciones, lo que facilita el diagnóstico (psoriasis del pañal con diseminación). Probablemente, estas formas suponen una manifestación del fenómeno de koebner. Cuando se afecta el área del pañal, el diagnóstico diferencial con una dermatitis seborreica puede resultar muy difícil. Datos que orientan hacia una psoriasis son una mejor delimitación de las placas eritematosas con un

brillo especial, lesiones psoriasiformes en otras localizaciones y los antecedentes familiares.

La psoriasis del cuero cabelludo es la segunda forma más frecuente en niños. Pueden preceder en años a lesiones en otras localizaciones. Al igual que en la psoriasis del área del pañal, el diagnóstico diferencial con la dermatitis seborreica puede resultar complicado, y éste se establece retrospectivamente años después según el curso evolutivo³.

El diagnóstico de psoriasis en niños se establece principalmente por las características y la localización de las lesiones; la confirmación histológica es infrecuente. El diagnóstico diferencial incluye la dermatitis seborreica, y en las del área del pañal, además, la dermatitis irritativa del pañal, el intertrigo candidiásico, la histiocitosis de células de Langerhans y la acrodermatitis enteropática, entre muchos otros (tabla 1).

El tratamiento del niño con psoriasis debe ser individualizado en cada paciente según las características de la enfermedad y el entorno familiar. Es muy importante una educa-

TABLA 1 Diagnóstico diferencial de la dermatitis del pañal

- Dermatitis irritativa del pañal
- Candidiasis
- Intértrigo
- Miliaria
- Impétigo
- Acrodermatitis enteropática
- Dermatitis atópica
- Histiocitosis de células de Langerhans
- Abusos sexuales
- Sífilis congénita
- *Tinea cruris*
- Mastocitosis ampollosa
- Psoriasis
- Dermatitis seborreica
- Dermatitis de Jacques
- Foliculitis
- Escabiosis
- Dermatitis alérgica de contacto
- Granuloma glúteo *infantum*
- Quemaduras
- Epidermolísis bullosa
- Varicela/herpes
- Dermatitis IgA lineal

ción sobre la naturaleza de la enfermedad y las opciones terapéuticas⁴. En la mayoría de los casos se consigue un control de las lesiones con tratamiento exclusivamente tóxico, y es necesaria la terapéutica sistémica en las formas más graves (tabla 2). Los corticoides tópicos suponen para muchos autores el tratamiento de elección en niños, pero no están exentos de importantes efectos adversos. Localmente pueden producirse estrías, hipertrichosis, atrofia y telangiectasias. Estos son más frecuentes en ciertas localizaciones, como los pliegues y la cara. Los inhibidores de la calcineurina tópicos, como tacrolimus, suponen una opción eficaz y segura para estas zonas⁵. Presentan una eficacia similar a la de los corticoides tópicos, pero con escasos efectos adversos (irritación en el área de aplicación). Su principal limitación es la escasa penetración en placas de psoriasis gruesas e hiperqueratósicas. El calcipotriol es un derivado de la vitamina D que resulta útil en las placas típicas de psoriasis. Su uso debe evitarse en la cara y los pliegues por su potencial irritante. Cuando se asocia con un corticoide tópico, se consigue un efecto sinérgico con una disminución de los efectos adversos.

La fototerapia es un tratamiento eficaz en las formas de psoriasis extensas, pero su uso se ve limitado porque supone que el niño acuda a un centro especializado 2-3 veces por semana. El tratamiento sistémico queda reservado para los casos más graves o que no responden al tratamiento tópico. Los fármacos que se utilizan son los mismos que en los adultos, siempre intentando mantener la dosis mínima eficaz o utilizando terapias rotatorias para minimizar en lo posible una toxicidad a largo plazo. ■

TABLA 2 Tratamiento de la psoriasis en niños

| | Indicaciones | Efectos adversos |
|--------------------|--|--|
| <i>Tópico</i> | | |
| Emolientes | Formas leves, adyuvante | Ninguno |
| Corticoides | Primera línea | Locales: atrofia, estrías... Sistémicos: retraso del crecimiento, síndrome de Cushing |
| Breas | Placas gruesas | Irritación, foliculitis, tinte |
| Antralina | Aplicaciones cortas | Tiñen ropa |
| Calcipotriol | Combinado con corticoides | Irritación |
| Tazaroteno gel | Combinado con corticoides | Irritación |
| Tacrolimus | Cara y zona de pliegues | Escozor y ardor |
| <i>Fototerapia</i> | | |
| UVB | Múltiples placas | Dificultad práctica, fotoenvejecimiento |
| PUVA | Escasa experiencia | UVB, cataratas |
| <i>Sistémicos</i> | | |
| Metotrexato | Formas eritodérmicas, pustulosas, recalcitrantes | Hepatotoxicidad y mielotoxicidad |
| Ciclosporina | Formas severas | Toxicidad hepática y renal, hipertensión arterial, hipertrichosis |
| Acitetrino | Formas pustulosas | Xerosis, queilitis, hiperlipidemia, teratogenia |
| Biológicos | Aún no aprobado su uso en la psoriasis infantil | |

Bibliografía

1. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 patients. *Pediatr Dermatol.* 2001; 18: 188-198.
2. Farber EM, Nall L. Childhood psoriasis. *Cutis.* 1999; 64: 309-314.
3. Menni S, Piccinno R, Baietta S, Ciuffreda A, Scoti L. Infantile seborrheic dermatitis: seven year follow-up and some prognostic criteria. *Pediatr Dermatol.* 1989; 6: 13-15.
4. Burden AD. Management of psoriasis in childhood. *Clin Exp Dermatol.* 1999; 24: 341-345.
5. Steele JA, Choic C, Kwong PC. Topical tacrolimus in the treatment of inverse psoriasis in children. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 53: 713-716.