

Psoriasis

VICENTE OLIVER

Y JOSÉ LUIS SÁNCHEZ-CARAZO

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Valencia. España.
oliver_vic@gva.es; sanchez_joscar@gva.es

La psoriasis es una enfermedad autoinmunitaria de evolución crónica que cursa a brotes.

Aproximadamente el 25% de los casos de psoriasis se inicia durante la infancia, y aumenta su incidencia con la edad hasta la adolescencia¹.

Las lesiones de psoriasis infantil son placas eritemato-escamosas similares a las de la edad adulta, de tamaño y forma variables, con los mismos signos característicos al raspado y con tendencia también a desarrollar lesiones de psoriasis en las zonas de roce o de rascados y traumatismos (fenómeno isomórfico de Koebner)².

Se han realizado numerosos estudios sobre la calidad de vida en pacientes con psoriasis³, y se ha demostrado que repercute en actividades cotidianas y en el bienestar físico y psicológico de los enfermos.

Formas clínicas de psoriasis infantil

Psoriasis en placas

Es la forma más frecuente y consiste en placas eritemato-escamosas, bilaterales y simétricas que ocupan fundamentalmente las superficies de extensión, así como el cuero cabelludo y las zonas palmoplantares (fig. 1).

Psoriasis en gotas

Es mucho más frecuente en niños que en adultos y aparece de forma eruptiva y brusca, constituida por múltiples pápulas de pequeño tamaño localizadas en tronco y extremidades. Con frecuencia hay un antecedente de faringitis por estreptococo beta hemolítico u otra infección estreptocócica. A veces remite en pocas semanas, pero en otras ocasiones evoluciona hacia una forma en placas. En los casos en que va precedida de un desencadenante infeccioso, es frecuente la recurrencia tras nuevas infecciones faríngeas (fig. 2).

Psoriasis eritrodérmica

Es una forma poco frecuente en la infancia y puede llegar a afectar a casi toda la superficie corporal. Puede ser una forma de transición entre psoriasis en placas y psoriasis pustulosa. A menudo se acompaña de alteración del estado general y fiebre.

Puntos clave

- La psoriasis es una enfermedad cutánea inflamatoria, autoinmunitaria, crónica y recidivante que cursa a brotes irregulares de intensidad variable. Afecta al 1-3% de la población, sin predominio de sexo.
- Las lesiones clínicas de la psoriasis infantil no difieren de las que se presentan en el adulto, aunque hay formas más frecuentes en la infancia, como la psoriasis en gotas, y a menudo se relacionan con un antecedente infeccioso.
- Aunque es un proceso benigno, tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados, fundamentalmente por su repercusión estética y porque los tratamientos son generalmente complicados e incómodos de cumplir. La localización, la extensión y la intensidad de las lesiones determinan de forma considerable el grado en que afecta a la calidad de vida.
- La mayoría de los tratamientos sistémicos de reciente aparición todavía no están aprobados en la infancia y las comunicaciones publicadas se refieren generalmente a casos aislados, por lo que los tratamientos tópicos continúan siendo los más habituales en pediatría.



Figura 1. Psoriasis en pequeñas placas.



Figura 2. Psoriasis en gotas.



*Figura 3.
Psoriasis
pustulosa
sobre placas
de psoriasis.*

Psoriasis pustulosa

Puede manifestarse como lesiones pustulosas sobre placas psoriásicas o únicamente como pústulas que aparecen generalmente sobre una base eritematosa, que a veces es generalizada y constituye una verdadera eritrodermia (fig. 3). A menudo se localiza exclusivamente en palmas y plantas. Es una forma rara en la infancia y supone sólo el 1% de la psoriasis infantil.

Psoriasis invertida

Se localiza fundamentalmente en pliegues cutáneos, al contrario de las formas clásicas que asientan en zonas de extensión (axilas, ingles, cuello, zona interglútea). Suele presentar una descamación más fina y con aspecto seborreico, a veces es difícil el diagnóstico diferencial con la dermatitis seborreica.

Psoriasis de la zona del pañal

Es una forma típica de los lactantes, producida por la irritación y el roce. Se diferencia de la dermatitis irritativa por el pañal por presentar los bordes más definidos y ligera infiltración en las placas.

Psoriasis ungueal

Las uñas aparecen distróficas, con un piqueteado que ocupa toda la lámina ungueal y puede llegar a afectar a todas las uñas. Esta alteración no es específica de la psoriasis y aparece también en otras afecciones, como la dermatitis atópica, el liquen plano o la alopecia areata.

Tratamiento

El tratamiento de la psoriasis en niños se basa en la experiencia y en las pautas terapéuticas empleadas en los adultos, con las limitaciones propias de sus efectos secundarios al emplearse en niños, ya que no hay ensayos clínicos controlados específicos en la infancia y todavía desconocemos los efectos a largo plazo de los tratamientos de aparición reciente.

Tratamiento tópico

Se utilizará siempre que sea posible, reservando los tratamientos sistémicos para las formas más severas. Los tratamientos en niños deben individualizarse según criterios como la edad, grado de afección y calidad de vida y no pueden seguirse los mismos criterios que en los adultos.

Emolientes y queratolíticos

No tienen efectos secundarios, alivian el prurito y disminuyen la descamación, aunque es el tratamiento menos eficaz. Son útiles para conseguir eliminar escamas importantes y así facilitar la penetración de otros productos más efectivos. Uno de los más utilizados es la vaselina salicilica al 3-5%.

Breas y alquitranes

El alquitrán de hulla es la brea más utilizada; en niños se emplean los baños de breas sólo en casos muy extensos, por su efecto calmante y reductor⁵. La antralina (dithranol) al 0,1% parece que es menos irritante y es útil en placas muy queratósicas; carece de toxicidad general. Se ha demostrado además que los tratamientos en aplicaciones cortas son efectivos y menos irritantes, mediante aplicaciones diarias de 10-30 min y aumentando progresivamente la concentración del 0,1 hasta el 2%.

Corticoides

Los corticoides tienen en la psoriasis una triple acción: antiinflamatoria, inmunosupresora y antiproliferativa. Su uso se ve limitado por los efectos secundarios: efectos locales como atrofia, estrías, telangiectasias e hipertrichosis a menudo irreversibles⁶; las erupciones acneiiformes son también frecuentes cuando se aplican en la cara corticoides de alta potencia, y aparecen pápulas y pústulas redondeadas y rojizas y posteriormente comedones; a diferencia del acné juvenil, las lesiones se encuentran todas en el mismo estadio evolutivo. En pliegues, genitales y cara causan más efectos secundarios locales que en el resto del tegumento. Efectos sistémicos: la absorción de corticoides potentes a través de la piel puede provocar un Cushing iatrogénico e incluso detención del crecimiento⁷.

Otros problemas asociados al uso continuado de los corticoides son: el efecto rebote, con empeoramiento de las lesiones al suspender el tratamiento, lo que puede minimizarse retirando paulatinamente el corticoide; taquifilaxia, pérdida del efecto terapéutico tras el uso continuado del fármaco, una propiedad general de los corticoides que se puede minimizar realizando un tratamiento intermitente, y sensibilización, la posibilidad de causar una dermatitis de contacto alérgica, que ocurre con todas las sustancias aplicadas por vía tópica⁸.

Derivados de la vitamina D

El hallazgo casual de un paciente que mejoró su psoriasis al ser tratado de su osteoporosis hizo que, a mediados de los años ochenta, se retomara la vitamina D como tratamiento para la psoriasis, dado que induce la diferenciación de queratinocitos y disminuye su proliferación⁹.

Calcipotriol. Proporciona buenos resultados en niños sin alterar la concentración sérica de calcio, siempre que no se sobrepasen los 50 g/semana¹⁰.

Tacalcitol. Actúa de una forma similar al calcipotriol, pero es menos selectivo en los efectos en el metabolismo del calcio¹¹, por lo que hay menos experiencia en niños.

Calcitriol. Ofrece una eficacia similar, pero causa menos irritación, por lo que puede utilizarse en cara y pliegues; también hay poca experiencia en niños. Una de las ventajas de los derivados de la vitamina D sobre los corticoides es la inexistencia de efectos adversos excepto la irritación local, que se produce aproximadamente en el 15% de los pacientes, aunque sólo es necesario interrumpir el tratamiento en el 2%.

Retinoides

El tazaroteno es el más empleado en adultos, pero no hay experiencia en niños y se desconoce si tiene efectos en el desarrollo del crecimiento.

Inmunomoduladores tópicos

El tacrolimus y el pimecrolimus actúan inhibiendo la calcineurina y mejoran las placas de psoriasis poco hiperqueratósicas. Si son muy hiperqueratósicas, se requiere la aplicación previa de un queratolítico tópico para facilitar su absorción.

Fototerapia

Es una técnica poco utilizada en niños por su toxicidad a largo plazo y a veces por la dificultad de la aplicación en la infancia.

Fototerapia con radiación ultravioleta B (UVB)

La radiación UVB de longitud de onda inferior a 295 nm tiene pocos efectos en las lesiones de psoriasis, mientras que entre 300 y 320 nm producen una remisión importante. Estos efectos todavía se incrementaron desde la aparición de la radiación UVB de banda estrecha a 311-312 nm y los pacientes sometidos a ésta experimentan un aclaramiento más rápido de sus lesiones y unos períodos de remisión más largos¹². Posteriores estudios comparativos del tratamiento con UVB de banda estrecha y psoralenos + radiación ultravioleta A (PUVA) han demostrado que ambas modalidades tienen una efectividad bastante similar¹³. La ventaja de UVB de banda estrecha es que no requiere el uso de psoralenos por vía oral, es más barato y puede ser usado en el embarazo y en la infancia¹⁴.

Psoralenos + radiación ultravioleta A (PUVA)

La PUVAterapia está basada en la interacción entre la radiación ultravioleta A (UVA) y un agente fotosensibilizante químico: los psoralenos, pero no se recomienda su empleo en niños menores de 10 años, ya que se acumulan en el cristalino y si éste está aún en desarrollo puede causar daños irreversibles; los rayos UVA penetran hasta el cristalino y pueden inducir la aparición de cataratas, por lo que hay que extremar la protección ocular durante la radiación. La alta permeabilidad del cristalino en los jóvenes contraindica este tratamiento antes de los 12 años. Por otra parte, son ya conocidos los efectos carcinogénicos a largo plazo de la radiación UVA¹⁵⁻¹⁷.

Helioterapia

El gran número de horas de sol en nuestro país permite este tratamiento por lo menos 6 meses al año, con lo que se evita la incomodidad de las lámparas, aunque tampoco la helioterapia está exenta de riesgos carcinogénicos.

Tratamiento sistémico

Son los mismos que en los adultos, aunque algunos todavía no han sido aprobados en la infancia y se utilizan sólo en las formas extensas, pustulosas generalizadas y eritrodérmicas.

Retinoides

Deben emplearse con cautela en niños, ya que pueden detener el crecimiento por cierre epifisario precoz y osteoporosis generalizada, y sólo se utiliza en casos graves, como psoriasis pustulosa generalizada, a dosis bajas (acitretina a 0,4-0,6 mg/kg/día) y lo más cortas posible¹⁸. Se aconseja realizar un estudio radiográfico óseo antes de comenzar el tratamiento y durante éste.

Metotrexato

Tampoco se ha establecido la eficacia y la seguridad de este fármaco en la infancia, aunque se ha obtenido buenos resultados con dosis de 0,2-0,4 mg/kg/semana. Se ha utilizado también en casos severos y pustulosos generalizados¹⁹.

Ciclosporina

Su uso no está aprobado en España para psoriasis infantil, aunque se ha probado con buenos resultados en la forma pustulosa generalizada a dosis de 3 mg/kg/día,

pero no hay suficiente experiencia para descartar toxicidad a largo plazo²⁰.

Tratamientos biológicos

Son anticuerpos monoclonales o proteínas humanas recombinantes contra algunas citocinas: etanercept, infliximab, adalimumab (antifactor de necrosis tumoral), efalizumab (anticuerpo monoclonal anti-CD11). Hay pocos casos en niños, aunque con buenos resultados, pero de uso experimental y todavía no está aprobado^{21,22}.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Epidemiología

■ Ensayo clínico controlado

1. ● Ferrándiz C, Bordas X, García-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandiá A. Prevalence of Psoriasis in Spain (Epidemia Project: phase I). *Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15:20-3.
2. Bernhard JD. Clinical differences in juvenile vs adult-onset psoriasis. *Br J Dermatol.* 1996;135:501-2.
3. ●● Korte J, Sorangers M, Momers F, et al. Quality of life in patients with psoriasis: A systematic literature review. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004;9:140-7.
4. ● Zappel K, Sterry W, Blume-Peytavi U. Therapy options for psoriasis in childhood and adolescence. *J Disch Dermatol Ges.* 2004;2:329-42.
5. Clonfero E, Zordan M, Venier P, Paleologo M, Levis AG, Cottica D, et al. Biological monitoring of human exposure to coal tar. Urinary excretion of total polycyclic aromatic hydrocarbons, 1-hydroxypyrene and mutagens in psoriatic patients. *Int Arch Occup Environ Health.* 1989;61:363-8.
6. Katz HI, Praver SE, Mooney JJ, et al. Preatrophy: covert sign of thinned skin. *J Am Acad Dermatol.* 1989;20(5 pt 1):731-5.
7. Teeluckingh H, Bahall M, Coomansingh D, et al. Cushing's syndrome from topical glucocorticoids. *West Indian Med J.* 1993;42:77-8.
8. ● Bolfa MJ, Wilkinson SM, Beck MH. Screening for corticosteroid hypersensitivity. *Contact Dermatitis.* 1995;35:149-52.
9. Smith EL, Walworth NC, Holick MF. Effect of 1,25 dihydroxy-vitamin D3, on morphologic and biochemical differentiation of cultured human epidermal keratinocytes grown in serum-free conditions. *J Invest Dermatol.* 1986;86:706-16.
10. Oranje AP, Marcoux D, Svensson A, Prendiville J, Krafchik B, Toole J, et al. Topical calcipotriol in childhood psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:203-8.
11. Fukuoka M, Ogino Y, Sato H. RANTES expression in psoriatic skin, and regulation RANTES and IL-8 production in cultured epidermal keratinocytes by active vitamin D3 (tacalcitol). *Br J Dermatol.* 1998;138:63-70.
12. Picot E. Treatment of psoriasis with a 311-UVB lamp. *Br J Dermatol.* 1992;127:509-12.
13. Tanew A, Hönigsmann H. Halfside comparison study on narrow-band UVB phototherapy versus photochemotherapy (PUVA) in the treatment of severe psoriasis [resumen]. *J Invest Dermatol.* 1996;6:841.
14. Tay YK, Morelli JG, Weston WL. Experience with UVB phototherapy in children. *Pediatr Dermatol.* 1996;13:406-9.
15. Stern RS, Nichols KT. Therapy with orally administered methoxalen and ultraviolet A radiation during childhood increases the risk of basal cell carcinoma. The PUVA Follow-up Study. *J Pediatr.* 1996;129:915-7.
16. Stern RS, Liebman EJ, Vakeva L. Oral psoralen and ultraviolet A light (PUVA) treatment of psoriasis and persistent risk of nonmelanoma skin cancer. PUVA Follow-up Study. *J Natl Cancer Inst.* 1998;90:1278-84.
17. Stern RS, Nichols KT, Vakeva LH. Malignant melanoma in patients treated for psoriasis with methoxalen (psoralen) and ultraviolet A radiation (PUVA). *N Engl J Med.* 1997;336:1041-5.
18. Torrelo A, Mediero IG, Zambrano A. Tratamiento de larga duración con retinoides orales de la psoriasis pustulosa generalizada infantil. Presentación de tres casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2001;92:239-43.
19. Kumar B, Dhar S, Handa S, et al. Methotrexate in childhood psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 1994;11:271-3.
20. Mahe E, Bodemer C, Pruszkowski A, et al. Cyclosporine in childhood psoriasis. *Arch Dermatol.* 2001;137:1532-3.
21. Menter MA, Cush JM. Successful treatment of pediatric psoriasis with infliximab. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:87-8.
22. Hawrot AC, Metro DW, Theos AJ, et al. Etanercept for psoriasis in the pediatric population: experience in nine patients. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:67-71.