

Contribuição dos autores: H.D.M. Delineamento do estudo e redação do manuscrito. orientação do projeto, coleta, etapas de execução e elaboração do manuscrito, tabulação, discussão dos achados. D.I.G. Delineamento do estudo e redação do manuscrito. orientação do projeto, coleta, etapas de execução e elaboração do manuscrito, tabulação, discussão dos achados.

Contacto para correspondência: Delia Ibáñez Gómez

E-mail: ibanezmoumdjianspeedy@gmail.com

Conflito de interesses: Não

Financiamento: Não há

Recebido: 30/04/2019

Aprovado: 03/07/2020



Psoriasis: aspectos comparativos entre la edad pediátrica y adulta de interés para el médico general

Psoriasis: comparative aspects between pediatric and adult age of interest to general practitioners

Hernán Dante Moumdjian¹ , Delia Ibáñez Gómez^{2,3} 

RESUMEN

Introducao: La psoriasis es una enfermedad sistémica con alto impacto en la calidad de vida, afecta 1 a 2% de la población general y puede iniciarse en el lactante o debutar en la infancia, adolescencia o adultez. Dependiendo de la edad, las características clínicas varían y, por tanto, el tratamiento es diferente. **Objetivo:** Transmitir al médico general aspectos comparativos útiles para su práctica diaria, que le permitan un abordaje inicial y un manejo interdisciplinario de la psoriasis. **Resultados:** El 27% de los casos se manifiesta antes de los 15 años con placas delgadas o gotas, con localización retroauricular, facial, umbilical o en el área del pañal, lo que puede retrasar el diagnóstico. Dependiendo de la edad, localización y extensión de las lesiones, los tratamientos tópicos y la fototerapia UVB nb son de elección en las formas leves a moderadas en los niños y adultos, por ser seguros y efectivos, los sistémicos y biológicos se reservan para formas severas, artropáticas, por el potencial riesgo de efectos adversos. **Conclusao:** Tanto el manejo inicial para mejorar la barrera de la piel como los tratamientos tópicos pueden ser realizados por el médico generalista, de forma interdisciplinaria. Para casos con formas clínicas más complejas y comorbilidades, el manejo debe ser más intensivo. Las formas severas sub tratadas afectan la calidad de vida.

Palavras-Chave: Psoriasis; Terapéutica.

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a systemic disease with high impact on quality of life. It affects 1 to 2% of the general population, it can begin in the infant, or debut in childhood, adolescence or adulthood. **Objective:** To provide general physicians with useful comparative aspects in their daily practice that allow them an initial approach and an interdisciplinary management of psoriasis. **Results:** 27% is manifested before 15 years with thin plates or drops, retroauricular, facial, umbilical or diaper area, which can delay the diagnosis. Depending on the age, location, extent of the lesions, topical treatments and UVBnb phototherapy are of choice in mild to moderate forms, in adults and children because they are safe and effective. The systemic and biological ones are reserved for severe, arthropathic forms, due to the potential risk of adverse effects. **Conclusion:** Both the initial management to improve the skin barrier and the topical treatments can be performed by the general practitioner, in an interdisciplinary way. For cases with more complex clinical forms and comorbidities, management must be more intensive. The under-treated severe forms affect the quality of life.

Keywords: Psoriasis; Therapeutics.

INTRODUCTION

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica, inmunomediada y recurrente que afecta piel, faneras, articulaciones y puede asociarse con otras comorbilidades. Afecta 2 a 3,5% de la población general, siendo 4% de las dermatosis en menores de 16 años. Puede iniciarse en el lactante como psoriasis del área del pañal o debutar en la infancia, adolescencia o adultez. El 27% de los casos se manifiesta antes de los 15 años.¹

Las causas de la enfermedad incluyen factores genéticos y epigenéticos. Sobre los aspectos genéticos, se han descrito múltiples alelos HLAs (Cw 06, B13, B17, B37, DR7, B46, B57, CW1, DQ9), comprendidos en los *loci* PSORS 1 y 2, situados

en los cromosomas 6p2, 17q, 4q y 1q. El riesgo de presentar la enfermedad varía en un 65%, 28% y 4% si están afectados ambos padres, uno o ninguno respectivamente, aumentando a 83%, 41% y 24% si además hay un hermano afectado. La incidencia es superior en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos siendo la concordancia genética de 35-70% vs 12-23% y varía para otros autores entre 70% vs 20%, respectivamente²⁻⁵.

Con relación a la influencia del ambiente, han sido asociados a la psoriasis factores como estrés, traumatismos (fenómeno de Köebner: reproducción de la lesión en el trayecto de la noxa), infecciones por estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBHGA), estafilococo, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH),

hepatitis B y C (VHB-C), emocionales, hábitos (alcohol, tabaco) y fármacos como terbinafina, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), bloqueantes beta, antimaláricos, litio, suspensión brusca de corticoides sistémicos, entre otros.

La fisiopatología de la psoriasis es asociada a la inflamación, con la liberación de citoquinas como TNF alfa, IL 12-23-17-36 alfa-beta-gamma, derivando en una aceleración en la diferenciación de los queratinocitos, con cambios en la epidermis y proliferación de los vasos dérmicos; que se evidencian clínicamente como eritema, escama e induración⁶⁻⁷. Los factores emocionales juegan un rol importante como gatillantes y perpetuadores. La depresión en algunos pacientes puede deberse tanto a mecanismos inflamatorios como al impacto que la enfermedad genera afectando aspectos personales, laborales, sociales y familiares.

Existen instrumentos para medir la afección de la calidad de vida: *Child disease life quality index* (CDLQI) en niños, *Disease life quality index* (DLQI) y *SF-36v2 Health Survey* para adultos. Adicionalmente, *Itch Numeric Rating Scale* (Itch NRS) que mide prurito, *Hospital Anxiety Scale* (HADS-A) y *Hospital Depression Scale* (HADS-D) son escalas útiles para medir ansiedad y depresión⁸⁻¹².

Formas clínicas

Clínicamente la psoriasis puede presentarse como placas eritemato-escamosas nacaradas de tamaño y grosor variable, gotas (de 2 a 10mm), o como formas pustulosas de frecuente localización palmo-plantar que son estériles. La distribución puede ser bilateral, simétrica, localizada, generalizada o brote en gotas. Puede ocasionar prurito y olor característico que avergüenza al paciente. Los niños presentan lesiones delgadas o desprovistas de escamas (en la zona del pañal por el contacto con la urea de la orina). La psoriasis eritrodérmica corresponde a 1-2% de los casos, presenta eritema que compromete más del 90% de la superficie corporal con alteraciones electrolíticas y de termorregulación, siendo una urgencia que requiere internación. El compromiso articular ocurre en 25-34% de los casos y suele aparecer años después de iniciado el compromiso cutáneo, rara vez aislado¹³. La clínica y localización varían de acuerdo a la edad (Cuadro 1).

Los diagnósticos diferenciales en niños incluyen dermatitis del área del pañal, eritrodermia del recién nacido (Ej enfermedad de Ritter), pitiriasis rosada de Gibert, pitiriasis rubra pilaris, tiña capitis, dermatitis seborreica, eccema atópico, liquen plano. Un signo orientador en niños es el compromiso único umbilical, retroauricular, conducto auditivo externo o los párpados. El antecedente de eccema en cuero cabelludo debe hacer sospechar un eccema psoriasiforme. En

Cuadro 1. Características de las lesiones en la psoriasis.

Formas clínicas	Placas (80-90%), Gotas Invertida (flexural) Pustulosa Eritrodérmica (1-2%) Artropática (más frecuente en adultos)
Localización	Zona de extensión de miembros superiores e inferiores Cuero cabelludo Surco retroauricular Ungueal Cara Genital Palmo-plantar (formas severas) Periocular Umbilical Área del pañal (en niños).

adultos, diferenciar de sífilis, candidiasis, carcinoma espinocelular *in situ* (Enfermedad de Bowen), Linfoma de células T (Micosis fungoide). En las formas de psoriasis ungueal, la onicomiosis puede coexistir. En artropatía psoriásica, hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías seronegativas. Cuando existe duda diagnóstica se debe reinterrogar sobre antecedentes familiares, uso de corticoides tópicos y reevaluar clínicamente.

Evaluación inicial del paciente

La evaluación en el niño debe incluir su grupo familiar, escolar y deportivo con el fin de pesquisar situaciones que lo afectan, pudiendo lograr la contención necesaria, mejorando así su calidad de vida y adherencia al tratamiento.

En todos los casos se debe interrogar sobre los antecedentes personales y familiares, realizar un examen físico completo de piel, faneras, mucosas y articulaciones. Registrar peso, talla, diámetro de cintura, tensión arterial y calcular el índice de masa corporal¹⁴⁻¹⁵. En casos moderados a severos se pueden solicitar exámenes complementarios como *screening* inicial de comorbilidades, como síndrome metabólico, o en caso de que se necesite a futuro un tratamiento sistémico; incluir factor reumatoideo y proteína C reactiva, serologías como *venereal disease research laboratory* (VDRL), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis B y C (VHB -C), radiografía de tórax y prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD). La ecografía doppler de vasos del cuello para medir el grosor de la íntima es un predictor de eventos cardiovasculares como infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV). La biopsia de piel no es un procedimiento necesario, y rara vez se realiza en niños, ante dificultad diagnóstica, pudiendo esta no ser concluyente como ocurre con el eccema psoriasiforme.

La clinimetría es un método de evaluación objetivo, útil como lenguaje común inter-observadores que da idea del estado del paciente, pudiendo ser requerido para iniciar tratamientos sistémicos. Su utilización en la consulta pediátrica es poco práctica, no obstante es necesario en estudios de investigación clínica. Existen varios scores como *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), *Nail Psoriasis Severity Index* (NAPSI), *Disease Activity Score 28* (DAS28), que pueden no correlacionarse con la severidad de la enfermedad (ejemplo compromiso genital o palmo plantar). Por estos motivos es importante el abordaje interdisciplinario¹⁶ y considerar la derivación a psicoterapia¹⁷.

Terapéutica y derivación para consulta especializada

Ante la sospecha diagnóstica, en primer lugar se deben indicar medidas generales que contribuyan a mejorar la barrera cutánea alterada: baños cortos de 10 minutos, jabón cremoso o sustitutos del jabón, emolientes y ropa de algodón. Es útil la radiación ultravioleta (RUV), "helioterapia", un recurso accesible y fácil de implementar. El primer escalón de tratamiento son los tópicos¹⁸, pudiendo continuar su uso en esquema rotativo o combinado con sistémicos¹⁹⁻³² y/o fototerapia³³⁻³⁵ (Cuadro 2). La escala Koo-Menter³⁶, surgió como instrumento de apoyo al dermatólogo para pesquisar los pacientes que requieren tratamiento sistémico y evitar formas severas sub tratadas con tópicos. Con base en los hallazgos clínicos y de laboratorio se derivará a los especialistas con los que se abordará un manejo interdisciplinario de las comorbilidades y los factores de riesgo (obesidad, sobrepeso tabaco y alcohol).

En los casos de pacientes en etapa de embarazo y/o lactancia, es importante considerar que la psoriasis no afecta el desarrollo del feto, sin embargo, se deben tomar recaudos en la elección del tratamiento tanto tópico como sistémico dado el pasaje de fármacos

a través de la placenta y leche materna. Es importante tener presente la absorción cutánea de algunos medicamentos tópicos. Los tratamientos de elección son humectantes, fango terapia, corticoides

Cuadro 2. Opciones terapéuticas para psoriasis

Tópicos	Corticoides de baja y mediana potencia
	Inhibidores de la calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus)
	Análogos de vitamina D (calcipotriol)
	Urea
	Coaltar
	Queratolíticos (ácido salicílico)
	Fangoterapia
Sistémicos	Antibióticos.
	Metotrexato
	Ciclosporina
	Retinoides
	Antihistamínicos de primera generación
	Antibióticos (psoriasis guttata secundaria a EBHGA o sobreinfección agregada)
	Apremilast (anti fosfodiesterasa 4)
	Ésteres de ácido fumárico (en adultos)
Fototerapia	Corticoides sistémicos (desaconsejados por el efecto rebote).
	UVB nb
	PUVA tópico
Biológicos	Láser excimer (adultos)
	Anti TNF
	Anti IL 12-23-17A.

Las abreviaturas indican: EBHG, Estreptococo beta hemolítico grupo A; UVB nb, Ultravioleta B de banda angosta; PUVA, Ultravioleta A + psoraleno; TNF, Factor de necrosis tumoral; IL, Interleuquina.

de baja o mediana potencia (Categoría C), antibióticos, fototerapia con ultravioleta B (UVB) de banda angosta, ciclosporina (Categoría C), biológicos (Categoría B)³⁷.

Mitos y verdades

Existen muchos interrogantes respecto de los factores desencadenantes y/o agravantes. Se sabe que el tabaquismo activo y pasivo, consumo de alcohol, así como los traumatismos en la piel generan empeoramiento o aparición de nuevas lesiones. Actualmente no hay evidencia científica que demuestre una asociación entre la dieta y cambios en la evolución de la enfermedad. La radiación ultravioleta "helioterapia" resulta beneficiosa por su efecto antiinflamatorio, fundamento del mecanismo de acción de la fototerapia, cuidando de no sufrir quemaduras ya que generaría nuevas lesiones por fenómeno de Köebner. No se requieren dietas y estas pueden ser contraproducentes en niños.

Importancia del esquema de vacunación

En pacientes con evolución tórpida o en aquellos en quienes se sospecha de inicio que requerirán tratamiento sistémico, se deberá revisar el calendario de vacunación teniendo presente que están contraindicadas las vacunas a virus vivos y vivos atenuados (como polio vía oral en convivientes); pudiéndose administrar vacunas antigripal y antineumocócica. Los pacientes inmunosuprimidos que planeen viajar a zonas endémicas-deben dar aviso con tiempo de antelación a su médico quien valorará la vacunación correspondiente.

CONCLUSION

Existen diferencias entre la psoriasis de niños y adultos en cuanto a la clínica, lo que dificulta en ocasiones hacer el diagnóstico y tratamiento. El manejo inicial debe estar enfocado a medidas

generales para mejorar la barrera de la piel. Los tratamientos tópicos pueden ser realizados por el médico generalista, quien al estar cerca a la familia puede hacer un manejo holístico. Para el adulto con clínica más compleja el manejo debe ser más intensivo ya que las formas severas sub tratadas afectan la calidad de vida.

Es muy importante el abordaje inicial y el control de comorbilidades del paciente con psoriasis. El conocimiento de la patología permite realizar un diagnóstico precoz, favorecer la derivación oportuna mejorando el pronóstico. El trabajo interdisciplinario permite un seguimiento estrecho, reduce la morbimortalidad, mejora la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. Por tratarse de una enfermedad crónica y recurrente es importante que el médico general comprenda los aspectos diferenciales entre niños y adultos, para lograr un buen seguimiento del paciente en las diferentes etapas de su vida.

REFERENCIAS

- Bronckers IMGJ, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PCM, Seyger MMB. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. *Paediatr Drugs*. 2015;17: 373-384.
- Website. [cited 24 Sep 2020]. Available: Romiti R, Maragno L, Arnone M, Takahashi MDF. Psoríase na infância e na adolescência. *An Bras Dermatol*. 2009;84(1):9-22. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000100002>
- Oostveen AM, Bergboer JGM, van de Kerkhof PCM, Zeeuwen PLJM, de Jong EMGJ, Schalkwijk J, et al. Genotype-phenotype correlations in a prospective cohort study of paediatric plaque psoriasis: lack of correlation between HLA-C*06 and family history of psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2014;94: 667-671.
- Zhang P, Su Y, Lu Q. Epigenetics and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26: 399-403.
- Harden JL, Krueger JG, Bowcock AM. The immunogenetics of Psoriasis: A comprehensive review. *J Autoimmun*. 2015;64: 66-73.
- Furue K, Yamamura K, Tsuji G, Mitoma C, Uchi H, Nakahara T, et al. Highlighting Interleukin-36 Signalling in Plaque Psoriasis and Pustular Psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2018;98: 5-13.
- Müller A, Hennig A, Lorscheid S, Grondona P, Schulze-Osthoff K, Hailfinger S, et al. IκBζ is a key transcriptional regulator of IL-36-driven psoriasis-related gene expression in keratinocytes. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115: 10088-10093.
- Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, Babikian A, Koo J, Leon A. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016;9: 383-392.
- Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43: 848-853.
- Gordon KB, Armstrong AW, Han C, Foley P, Song M, Wasfi Y, et al. Anxiety and depression in patients with moderate-to-severe psoriasis and comparison of change from baseline after treatment with guselkumab vs. adalimumab: results from the Phase 3 VOYAGE 2 study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32: 1940-1949.
- Kim GE, Seidler E, Kimball AB. Effect of Age at Diagnosis on Chronic Quality of Life and Long-Term Outcomes of Individuals with Psoriasis. *Pediatr Dermatol*. 2015;32: 656-662.
- Kimball AB, Naegeli AN, Edson-Heredia E, Lin C-Y, Gaich C, Nikai E, et al. Psychometric properties of the Itch Numeric Rating Scale in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. *Br J Dermatol*. 2016;175: 157-162.
- Lyseil J, Tessma M, Nikamo P, Wahlgren C-F, Ståhle M. Clinical characterisation at onset of childhood psoriasis - a cross sectional study in Sweden. *Acta Derm Venereol*. 2015;95: 457-461.
- Takeshita J, Grewal S, Langan SM, Mehta NN, Ogdie A, Van Voorhees AS, et al. Psoriasis and comorbid diseases: Implications for management. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76: 393-403.
- Londoño Á, González C, Castro L, Puig L. Psoriasis y su relación con el síndrome metabólico. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2013;20: 228-236.
- Bhushan R, Lebwohl MG, Gottlieb AB, Boyer K, Hamarstrom E, Korman NJ, et al. Translating psoriasis guidelines into practice: Important gaps revealed. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74: 544-551.
- Madrid Álvarez MB, Carretero Hernández G, González Quesada A, González Martín JM. Measurement of the Psychological Impact of Psoriasis on Patients Receiving Systemic Treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109: 733-740.
- Xia L, Li R, Wang Y, Lin Z, Zheng J, Li X, et al. Efficacy, safety, and cost-effectiveness of all-trans retinoic acid/Clobetasol Propionate Compound Ointment in the treatment of mild to moderate psoriasis vulgaris: A randomized, single-blind, multicenter clinical trial. *Dermatol Ther*. 2018;31: e12632.
- Sticherling M, Augustin M, Boehncke W-H, Christophers E, Domm S, Gollnick H, et al. Therapy of psoriasis in childhood and adolescence - a German expert consensus. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011;9: 815-823.
- Dickel H, Bruckner T, Altmeyer P. Long-term real-life safety profile and effectiveness of fumaric acid esters in psoriasis patients: a single-centre, retrospective, observational study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32: 1710-1727.
- Valenzuela F, Korman NJ, Bissonnette R, Bakos N, Tsai T-F, Harper MK, et al. Tofacitinib in patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: long-term safety and efficacy in an open-label extension study. *Br J Dermatol*. 2018;179: 853-862.

22. van Geel MJ, Mul K, de Jager MEA, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, Seyger MMB. Systemic treatments in paediatric psoriasis: a systematic evidence-based update. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29: 425–437.
23. Paller AS, Siegfried EC, Pariser DM, Rice KC, Trivedi M, Iles J, et al. Long-term safety and efficacy of etanercept in children and adolescents with plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74: 280–7.e1–3.
24. Horneff G, Seyger MMB, Arikan D, Kalabic J, Anderson JK, Lazar A, et al. Safety of Adalimumab in Pediatric Patients with Polyarticular Juvenile Idiopathic Arthritis, Enthesitis-Related Arthritis, Psoriasis, and Crohn's Disease. *The Journal of Pediatrics.* 2018. pp. 166–175. e3. doi:10.1016/j.jpeds.2018.05.042
25. Nast A, Spuls PI, van der Kraaij G, Gisondi P, Paul C, Ormerod AD, et al. European S3-Guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update Apremilast and Secukinumab - EDF in cooperation with EADV and IPC. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2017. pp. 1951–1963. doi:10.1111/jdv.14454
26. Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2015. pp. 2277–2294. doi:10.1111/jdv.13354
27. Vilarrasa E, Notario J, Bordas X, López-Ferrer A, Gich IJ, Puig L. ORBIT (Outcome and Retention Rate of Biologic Treatments for Psoriasis): A retrospective observational study on biologic drug survival in daily practice. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74: 1066–1072.
28. Batalla A, Fernández-Torres R, Rodríguez-Pazos L, Monteagudo B, Pardavila-Riveiro R, Rodríguez-Lojo R, et al. Systemic Treatment of Moderate to Severe Psoriasis in Pediatric Patients in Galicia, Spain: A Descriptive Study. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109: 722–732.
29. Coelho MMV, Apetato M. The dark side of the light: Phototherapy adverse effects. *Clinics in Dermatology.* 2016. pp. 556–562. doi:10.1016/j.clindermatol.2016.05.005
30. Valejo Coelho MM, Matos TR, Apetato M. The dark side of the light: mechanisms of photocarcinogenesis. *Clin Dermatol.* 2016;34: 563–570.
31. Munera-Campos M, Balleca F, Carrascosa JM. Paradoxical Reactions to Biologic Therapy in Psoriasis: A Review of the Literature. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109: 791–800.
32. Effective use of ustekinumab in a patient with concomitant psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *JAAD Case Reports.* 2017;3: 477–479.
33. D D-SI-G, Moumdjian H. Uso de fototerapia en niños: nuestra experiencia. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.* 2020;28: 63–74.
34. Eustace K, Dolman S, Alsharqi A, Sharpe G, Parslew R. Use of Phototherapy in Children. *Pediatr Dermatol.* 2017;34: 150–155.
35. Crall CS, Rork JF, Delano S, Huang JT. Phototherapy in children: Considerations and indications. *Clin Dermatol.* 2016;34: 633–639.
36. Koo JYM, Menter A. The Koo-Menter Psoriasis Instrument for Identifying Candidate Patients for Systemic Therapy. *Psoriasis Forum.* 2003. pp. 6–9. doi:10.1177/247553030309a00205
37. Psoriasis y embarazo: revisión (II). *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2014;105: 813–821.