

Psoriasis en niños



Marta Feito Rodríguez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

La psoriasis supone un 4% de todas las dermatosis que se presentan en niños menores de 16 años en Europa y Norteamérica. Hasta en un tercio de los pacientes, la psoriasis debuta en la infancia y, aunque puede acontecer en niños de cualquier edad, se ha observado que la **media de edad de inicio** se encuentra entre los 7 y los 10 años de vida. Además, cada edad de comienzo de la enfermedad lleva asociado un subtipo de psoriasis; por ejemplo, un inicio temprano va especialmente vinculado a la psoriasis pustulosa. Aproximadamente, un 30% de los niños con psoriasis tienen un familiar de primer grado afectado y los **antecedentes familiares** pueden predecir un inicio temprano de la enfermedad.

Los **factores precipitantes** son más frecuentemente identificados en la psoriasis infantil que en la del adulto, especialmente, las **infecciones**, ya sean bacterianas (faringitis estreptocócica y enfermedad perianal estreptocócica) o víricas. Los traumatismos cutáneos (a través del fenómeno de Koebner) pueden ser también factores desencadenantes; así, la irritación mecánica, junto con la colonización o infección secundaria por candidas o estreptococos, puede causar psoriasis en el área del pañal y en los pliegues cutáneos.

La psoriasis infantil suele presentarse en el cuero cabelludo, el tronco y las extremidades, y se ha descrito una **mayor afectación** de la región facial y anogenital que en los adultos. En concreto, la psoriasis

anogenital es la presentación más común antes de los 2 años de vida y hay diferencias notables relacionadas con el sexo, como la afectación del cuero cabelludo (más común en mujeres) o ungueal (más frecuente en varones). Otro aspecto importante que remarcar es que la **remisión espontánea** es más habitual en niños, especialmente cierto cuando se reconoce una infección estreptocócica en un inicio o brote y no existen antecedentes familiares de psoriasis.

La psoriasis infantil se presenta con **manifestaciones variables y diferentes grados de intensidad y extensión**. Se estima que, aproximadamente, un 80% de los pacientes tienen enfermedad leve o moderada. La psoriasis en placas es la forma clínica más habitual (73,7%), aunque la psoriasis en gotas (frecuentemente precedida por infección estreptocócica) es más común que en adultos (13,7%). Según estudios recientes, la existencia de **comorbilidad** en pacientes con psoriasis menores de 20 años es el doble de la objetivada en individuos pareados por edad sin psoriasis (del 14,4 frente al 7,2%, respectivamente). La obesidad ha sido foco de numerosos estudios; en este sentido, se ha identificado que los niños con psoriasis tienen una mayor adiposidad y una mayor adiposidad central. No está claro a día de hoy si la pérdida de peso es capaz de reducir la intensidad y extensión de la psoriasis, pero los datos recientemente publicados en adultos resultan alentadores. También se ha comunicado

en estos niños un riesgo incrementado ($\times 2-4$) de hiperlipidemia, hipertensión, diabetes mellitus, artritis reumatoide y enfermedad de Crohn, y una mayor prevalencia de síndrome metabólico frente a los sujetos de control pareados por edad. Otra comorbilidad importante es la articular. La edad de comienzo de la **artritis psoriásica** en niños con afectación cutánea se sitúa entre los 9 y los 12 años. Habitualmente, es leve y oligoarticular; otros tipos incluyen la poliartritis y la entesitis. La enseñanza e incorporación de un examen rápido de detección de artritis por dermatólogos pediátricos tiene el potencial de identificar la artritis pediátrica antes, facilitar la derivación y reducir el riesgo de enfermedad articular progresiva.

En muchas ocasiones, el **diagnóstico clínico puede ser más difícil**, debido a que las lesiones cutáneas son más finas, menos descamativas y peor definidas que en adultos. Son diagnósticos diferenciales habituales el eccema numular, la pitiriasis rosada y las infecciones por hongos. En niños pequeños, la afectación umbilical es un dato muy útil para diferenciarla de otras causas de dermatitis del pañal.

Se han de tener en cuenta diversos **factores** a la hora de seleccionar el **tratamiento** más adecuado para cada paciente: edad, tipo de lesiones, episodio inicial o recurrencia, localización y extensión de la enfermedad, comorbilidad, tratamientos previos,

factores desencadenantes, repercusión en la calidad de vida, preferencias del paciente y familiares y coste y acceso a los diferentes tratamientos existentes hoy en día. Los tratamientos tópicos van a permitirnos controlar los casos más leves, y la fototerapia también nos puede resultar de gran utilidad, siempre que la madurez del niño nos permita utilizarla. En aquellos pacientes con un cultivo amigdalino o anal positivo para estreptococos del grupo A u otras bacterias, puede considerarse la posibilidad de añadir un antibiótico oral al tratamiento tópico. No obstante, sabemos que el **paradigma de tratamiento de la psoriasis pediátrica** está cambiando. El reconocimiento de la comorbilidad extracutánea y el impacto a largo plazo que la enfermedad puede ocasionar justifican la implementación de un tratamiento más «intenso» y el abandono de la idea de que en niños «menos es más». Conviene recordar que ningún tratamiento sistémico convencional está aprobado en la psoriasis en placas crónica grave, aunque, en general, se consideran seguros en tratamientos cortos e intermitentes. Más allá de los retinoides orales y la ciclosporina (grado de recomendación C) o el metotrexato (grado C/B), el uso de adalimumab (niños ≥ 4 años), etanercept y ustekinumab (niños ≥ 6 años) tiene un grado A de recomendación. Recientemente, se han incorporado al arsenal terapéutico el secukinumab y el ixekizumab (niños ≥ 6 años) y se han descrito casos aislados tratados con guselkumab.