

Psoriasis

I. Vidal Olmo, A. Vicente Villa

La psoriasis es una enfermedad cutánea hereditaria eritematodescamativa muy frecuente. Se caracteriza por lesiones bien definidas con escamas típicas blanco-nacaradas. La enfermedad afecta al 1-3% de la población general, existiendo una gran variación en la duración, severidad y morfología.

Etiopatogenia

La etiopatogenia es compleja y hoy todavía no del todo conocida. La psoriasis es una enfermedad hereditaria aunque no se conoce todavía el modo de herencia. Existe una predisposición genética compleja y probablemente multifactorial. Hay una frecuencia aumentada de algunos haplotipos HLA. Los factores genéticos influyen en el patrón de psoriasis, severidad y edad de inicio. El riesgo para los familiares de primer grado de un caso aislado es menor de 10%, pero si los dos padres tienen psoriasis los hijos tienen un riesgo de un 50% de padecerla.

Existen unos factores desencadenantes conocidos capaces de precipitar o exacerbar un brote. Las infecciones (particularmente por *Streptococcus*), el frío, el estrés emocional, los traumatismos cutáneos repetidos y ciertos fármacos (cloroquina y corticoides sistémicos).

Anatomía patológica

La biopsia cutánea muestra una epidermis engrosada con acantosis y papilomatosis, elongación y edema de la dermis papilar y un adelgazamiento de la epidermis por encima de las papilas. Son características las colecciones

intraepidérmicas de neutrófilos formando las pústulas esponjiformes de Kogoj y los microabcesos de Munro. En la dermis se observa un infiltrado inflamatorio mononuclear.

Clínica

La psoriasis es una enfermedad que afecta a ambos sexos. Su inicio suele ser posterior a la pubertad, siendo muy raro antes de los 2 años. Su forma congénita es excepcional.

Su presentación clínica suele ser similar al adulto. Las lesiones son pápulas y placas eritematodescamativas muy bien definidas. El rascado de las escamas da lugar a unos pequeños puntos sangrantes (signo de Auspitz). Las lesiones muchas veces son pruriginosas. Cualquier traumatismo o irritación de la piel puede dar lugar a la aparición de lesiones de psoriasis. Esta respuesta isomórfica, también conocida como fenómeno de Koebner, es frecuente en pacientes con psoriasis activa.

Se han descrito varias formas clínicas (Fig. 1).

Psoriasis en placas. Placas eritematosas muy bien definidas de diferentes tamaños con una escama gris plateada que se puede eliminar con facilidad. Las lesiones se distribuyen simétricamente afectando las superficies de extensión de codos, rodillas y tronco. Las lesiones pueden afectar exclusivamente el cuero cabelludo.

Psoriasis guttata (psoriasis en gotas). Esta forma es muy frecuente en niños y adultos jóvenes. Tiene un inicio brusco, en general tras una infección estreptocócica de vías respiratorias altas. Es una erupción de pequeñas pápulas eritematodescamativas, de 2-10 mm, de distribución generalizada afectando tronco y



Psoriasis en placas en superficies de extensión de extremidades.

Psoriasis en placas generalizada.

Psoriasis guttata.

Fig. 1. Formas clínicas de psoriasis.

raíz de extremidades. Puede afectar la cara y el cuero cabelludo, pero respeta palmas y plantas. El brote persiste 3-4 meses y remite espontáneamente. Es una forma de buen pronóstico, aunque a veces puede haber recidivas.

Psoriasis invertida o psoriasis flexural. Esta forma predomina o es exclusiva de áreas flexurales, siendo las lesiones menos queratósicas. En niños es poco frecuente, excepto una forma particular conocida como psoriasis del área del pañal («napkin psoriasis»).

Psoriasis del cuero cabelludo. Es muy frecuente, aislada o asociada a otras lesiones. Puede ser muy pruriginosa. Presentan placas descamativas con eritema perilesional. A veces se presenta como placas de escamas amiantáceas («falsa tiña»).

Psoriasis ungueal. Se pueden observar alteraciones ungueales, pero menos frecuentes que en adultos. El «pitting ungueal» o punteado ungueal con depresiones mínimas afectado una o varias uñas es la lesión más frecuente.

Otros cambios descritos incluyen: estriación longitudinal, hiperqueratosis subungueal, onicolisis y leuconiquia.

Otras formas clínicas descritas pero poco frecuentes en la edad pediátrica son: psoriasis pustuloso generalizada, psoriasis pustuloso localizada palmo-plantar y eritrodermia psoriásica (Fig. 2).

La artritis psoriásica es una artritis inflamatoria factor-reumatoide negativo que ocurre entre el 5-7% de los pacientes con psoriasis. En la edad pediátrica es muy poco frecuente. Hasta en un 50% la artritis puede preceder a las lesiones cutáneas.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Pocas veces se precisará una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial en lactantes y niños



Fig. 2. Eritrodermia psoriásica.

pequeños incluye la dermatitis seborreica, eccema atópico y eccema numular. El psoriasis del área del pañal o de pliegues se debe diferenciar de intertrigos seborreicos, candidiásicos o microbianos. En niños más mayores el diagnóstico diferencial incluye la pitiriasis rosada de Gibert, micosis, pitiriasis liquenoide crónica y pitiriasis rubra pilaris. Las micosis se pueden descartar por medio de estudios micológicos. La afectación palmo-plantar habrá que diferenciarla del eccema de contacto y queratodermias.

Tratamiento

No existe una norma fija de tratamiento para todos los pacientes, debiéndose decidir el tratamiento de una forma individualizada. Disponemos de tratamientos tópicos y sistémicos. Los tratamientos tópicos incluyen: corticoides tópicos, antralina, calcipotriol, tacalcitol, tazaroteno.

Corticoides tópicos. Constituyen uno de los tratamientos más clásicos. Están indicados fundamentalmente en las formas en placas. La elección del corticoide dependerá de la intensidad, localización y cronicidad de las lesiones. Se usarán generalmente corticoides de mediana o baja potencia. Algunos pacientes pueden requerir ocasionalmente corticoides de potencia alta, con precaución para placas localizadas muy gruesas. Este tratamiento no está exento de efectos secundarios: atrofia local, estrías, telangiectasias, púrpura, supresión adrenal, retraso del crecimiento. No obstante con la aparición de los nuevos corticoides los efectos secundarios son mínimos.

Cremas de antralina. Actúan como agente reductor disminuyendo el «turn-over» celular. Está indicado en psoriasis en placas y guttata. Se utiliza a una concentración variable de 0,1-2% en una pauta de contacto corto de 30-60 minutos. Su uso ha decaído por sus efectos irritantes y por manchar la ropa. Es una opción útil y eficaz en niños, igual que los corticoides con los que se puede combinar. Últimamente se cuestiona su potencial efecto carcinogénico. Los baños de coaltar son de gran utilidad para las formas diseminadas.

Calcipotriol. Análogo de la vitamina D3. Induce la diferenciación de los queratinocitos e inhibe su proliferación. Es un tratamiento útil y seguro para psoriasis en placas con una extensión inferior al 30% de la superficie cutánea. Puede producir irritación local. No se han descrito efectos secundarios graves, ni efectos sobre el metabolismo del calcio ni óseo. La dosis máxima recomendada es 50 gr/semana/m². No se debe aplicar en cara, área genital y pliegues.

Tacalcitol. Tiene un mecanismo similar al calcipotriol pero menos irritante por lo que puede utilizarse en cara y pliegues.

Tazaroteno. Nuevo retinoide tópico para psoriasis en placas moderado-leve. Su seguridad en pediatría no está demostrada.

Los tratamientos sistémicos incluyen los siguientes:

Fototerapia. La luz ultravioleta, tanto UVB como UVA se pueden usar en el tratamiento de

psoriasis crónica. Los baños con coaltar seguidos de terapia con UVB dan buenos resultados en el psoriasis en placas.

La fotoquimioterapia (psolarenos en combinación con UVA) no es un tratamiento de elección en los niños.

Antibióticos. Están indicados en los casos de psoriasis guttata asociados con infección estreptocócica.

Retinoides (Acitretin®). Tienen una gran eficacia sin embargo su uso es restringido en la edad pediátrica por el potencial efecto de limitación de crecimiento. Los niños requieren una monitorización analítica y radiológica. Los retinoides se utilizan en psoriasis pustulosa generalizada aguda y grave.

Los **fármacos inmunomoduladores** tales como el metotrexato y la ciclosporina, utilizados en cuadros graves, su indicación es excepcional en niños.

Fármacos biológicos. Han aparecido en las últimas décadas, generados por biología molecular con el objetivo de tratar enfermedades de origen inmunitario. Los más utilizados son infliximab, etanercept, efalizumab y adalimumab. Su indicación en adultos está aprobada, pero en niños se reservaría de momento para casos graves y excepcionales, y que no respondan a los tratamientos anteriores. Los efectos secundarios más destacables serían las infecciones y el desarrollo de neoplasias (linfomas).

El psoriasis es una enfermedad crónica que generalmente cursa con remisiones y exacerbaciones. Tiene una considerable influencia en la calidad de vida de los pacientes. Junto con los tratamientos dermatológicos muchos niños y sus familiares precisan un apoyo psicológico.

Bibliografía

- Febrer MI. *Act Dermatolog* 1999;11:849-860.
- Hawrot AC, Metry DW, Theos AJ, Levy ML. Etanercept for psoriasis in the pediatric population: experience in nine patients. *Pediatric Dermatology* 2006;23(1):67-71.
- Langley RG, Gupta AK, Cherman AM, Inniss KA. Biologic therapeutics in the treatment of psoriasis. Part 1: review. *J Cutan Med Surg*. 2007;11(3):99-122.
- Nanda A, Kaur S, Kaur I et al. Childhood psoriasis: an epidemiologic survey of 112 patients. *Pediatr Dermatol* 1990;7:19-21.
- Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. *Br J Dermatol* 1975;92:437-442.
- Verbov J. Psoriasis in childhood. *Arch Dis Child* 1992;67:75-76.
- Waard-Van der Spek FB, Orange AP. Psoriasis. En Harper J, Orange A, Prose N. Eds. *Textbook of Pediatric Dermatology*. Oxford Edición 2, 2006:777-785.