



PSORIASIS INFANTIL: Una Puesta al Día

Danielle Marcoux MD
 División de Dermatología
 Departamento de Pediatría
 Hospital Sainte – Justine – Universidad de Montreal- Canada

Dermatol Pediatr Lat 2003; 1(1): 7-13

ABSTRACT

Psoriasis is an important disease in children, it represents 4.1% of all dermatoses seen in children under the age of 16 years-old. Pediatric psoriasis takes many faces, some of which are unique to this age group and treatment modalities for them are limited because of safety concerns and because of poor compliance. The objectives of this review are to describe the various clinical presentations of pediatric psoriasis and to discuss the actual therapeutical approach.

Key Words: Children, Infantile, Psoriasis, Treatment

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad importante en la infancia, representa el 4.1% de todas las dermatosis que ocurren en niños menores de 16 años.

La psoriasis pediátrica tiene muchas formas de presentación, algunas de ellas exclusivas de este grupo etáreo; así mismo las modalidades de tratamiento para ellos están limitadas debido a las preocupaciones de seguridad y a la dificultad para su administración.

La presente revisión tiene como objetivos, describir las diferentes formas de presentación pediátrica de la psoriasis y discutir las medidas terapéuticas disponibles en la actualidad.

Palabras Clave: Psoriasis, niños, terapéutica

INTRODUCCIÓN

La Psoriasis representa el 4.1% de todas las dermatosis que ocurren en niños menores de 16 años

en Europa y Norte América¹. Entre 27 a 45% de pacientes psoriáticos refieren el inicio de su enfermedad antes de los 16 años^{2,3}.

El riesgo de desarrollar psoriasis con un padre afectado, es menos del 10%, pero este riesgo aumenta al 50% si ambos padres están comprometidos².

La relación reportada mujer hombre es 2:1 y la edad de inicio es menor en las niñas. La psoriasis es más común en la raza blanca que en otras razas⁴. Hay una historia familiar de psoriasis en cerca del 40% de niños con la enfermedad. Sin embargo el mayor estudio clínico retrospectivo de psoriasis pediátrica procede de Sydney, Australia, que mostró una distribución homogénea por sexo y una historia familiar positiva en 71% de casos⁵. Los pacientes con HLA – B17, CW6 y DR7 desarrollan psoriasis a una edad más temprana^{6,7}. También se ha visto que la enfermedad tiene una tasa de ocurrencia de 72% en gemelos monocigóticos. El inicio temprano de psoriasis infantil no se asocia necesariamente a un pronóstico más serio.

La psoriasis infantil adopta muchas formas, algunas de ellas muy particulares para este grupo etáreo, asimismo las modalidades de tratamiento usadas en niños están limitadas debido a las preocupaciones por la seguridad de los medicamentos o por la deficiente administración de los mismos.

Correspondencia:
 D. Marcoux, M.D. Hospital Sainte-Justine - 3175, Côte Ste-Catherine
 Montreal, QC Canada H3T 1C5
 Tel: 514 345 4675 Fax: 514 345-4822
 E-mail: danmarcoux@videotron.ca

Estudios clínicos controlados aleatoriamente considerando niños menores de 12 años con psoriasis se han reportado sólo con calcipotriol⁸ y corticoides⁹. El uso de otros medicamentos anti-psoriáticos se basa en reporte de casos, estudios en adultos y la experiencia personal con varios tratamientos.

Es importante reconocer que tanto la terapia tópica como la sistémica solamente forman parte del paquete terapéutico que debe ofrecerse a niños con psoriasis. El concepto de cuidado integral¹⁰ combina el tratamiento farmacológico, la educación específica acerca de la enfermedad y el apoyo para enfrentar una enfermedad dermatológica que podría durar toda la vida la cual tiene un gran impacto en la apariencia física. Aplicar el concepto de cuidado integral a niños con psoriasis incrementará de manera alentadora el bienestar del niño y sus estrategias para enfrentar su enfermedad. Esto redundará en una mayor aceptabilidad del régimen terapéutico, con mejores y más largos periodos de remisión.

El objetivo de esta revisión es describir las diversas presentaciones clínicas de la psoriasis en la edad pediátrica y discutir los tratamientos actuales.

Formas Clínicas:

La Psoriasis en la infancia y en la adolescencia guarda gran similitud con su presentación en la edad adulta. Sus presentaciones incluyen, en orden de frecuencia las formas en placa, guttata, inversa o flexural, pustulosa, palmo-plantar o eritrodérmica. El compromiso del cuero cabelludo y uñas puede asociarse al compromiso de otras áreas o puede presentarse en forma aislada.

Entre otras características de la psoriasis infantil se incluye una historia familiar frecuente así como una frecuencia alta del fenómeno de Köebner².

La **Psoriasis congénita**, puede presentarse algunas veces como una eritrodermia inespecífica. El diagnóstico de psoriasis es favorecido por la presencia de compromiso de cuero cabelludo, áreas eritematosas bien demarcadas, así como por la presencia de compromiso ungueal.



Fig. 1 Psoriasis del área del pañal y flexural

La **psoriasis del área del pañal** (figura 1) puede presentarse en los primeros días de vida como un eritema del área del pañal con disseminación. El área afectada

puede estar de color rojo encendido, exudativo y ligeramente descamativo, aunque las escamas pueden estar ausentes por la humedad y la urea del pañal mojado. Los bordes están bien delimitados y puede haber sobreinfección por *Cándida albicans*. La psoriasis del área del pañal usualmente tiene una pobre respuesta al tratamiento convencional que consiste en evitar la dermatitis del área del pañal, el trauma por fricción así como en una efectiva erradicación de la *Cándida albicans*. Se pueden usar preparados de liquor carbonis detergens del 5 al 10% en ungüento de óxido de zinc²; cremas de ketocanazol al 1% o clotrimazol al 1% asociadas a corticoides de Clase VI y VII (hidrocortisona o desonida).

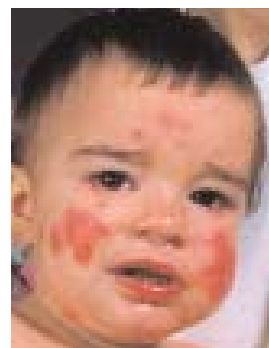


Fig. 2 Compromiso facial característico

En la **psoriasis facial** (Fig. 2) los niños tienen a menudo placas eritematosas, bien definidas, de distribución simétrica, localizadas en mejillas y párpados. Esta forma de presentación es mucho más común en niños que en adultos. El compromiso facial estuvo presente en 38% de los niños psoriáticos australianos y fue la única manifestación de la enfermedad en el 4%⁵.

La psoriasis facial es particularmente difícil de tratar, y tiene grandes implicancias desde el punto de vista cosimético.

Psoriasis "Nevoide" o "lineal" (Fig. 3). Ha sido reportada como manifestación aislada o asociada a psoriasis en placas o en gotas^{11,12}. Puede ser extremadamente pruriginosa, se distribuye siguiendo las líneas de Blaschko y es una manifestación de mosaicismo. La histología es típica de psoriasis. Responde poco al tratamiento con corticoides tópicos o calcipotriol.



Fig. 3 Psoriasis lineal



Fig. 4a Psoriasis en placas o vulgar

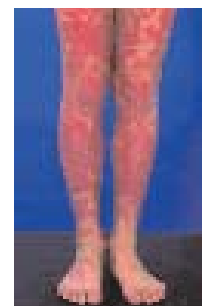


Fig. 4b Psoriasis en placas extensas

Así como en los adultos, la clásica **psoriasis vulgar**^{12,5} (Fig. 4a) que compromete las áreas extensoras, representa el tipo clínico más frecuente en los niños. El compromiso flexural (ingle, axila, perineo) y umbilical puede estar presente así mismo, el compromiso simultáneo del cuero cabelludo y las uñas es frecuente.

Para las psoriasis en placa, el tratamiento tópico incluye corticoides tópicos, calcipotriol en ungüento sólo o asociado a corticoides, antralina y tazaroteno o una combinación de ellos. Si el compromiso de la superficie corporal es mayor al 30% (Fig. 4b), uno debe considerar el uso de derivados de alquitrán y/o UVB (régimen de Goeckerman) en una clínica de día¹³⁻¹⁵, o PUVA en niños mayores de 12 años de edad¹⁵. Las dosis bajas de UVB de banda angosta parecen ser una mejor alternativa. Si el paciente no responde al tratamiento, sufre de una eritrodermia o se presenta con artritis moderada a severa; está indicado el uso de acitretin (0.5 - 1 mg/kg/día por un periodo de 3 meses)¹⁶ o metotrexate (dosis inicial de 0.2 a 0.4 mg/kg/semana por un periodo de 4 a 6 meses)^{17,18}.

Psoriasis Guttata Aguda (PGA) se presenta como una erupción explosiva de pápulas pequeñas difusas y descamativas, en forma de gotas (1 a 10 mm.) predominantemente en tronco (Fig. 5) pero también en las extremidades. A menudo se presenta cerca de una semana después de una infección estreptocócica, como faringitis, tonsilitis o celulitis perianal en un niño predispuesto genéticamente, persistiendo entre 3 a 4 meses después, aunque puede estar presente luego de un año. Algunos casos evolucionan hacia una forma más recalcitrante de psoriasis tipo placa.

En un estudio retrospectivo de 245 pacientes con psoriasis, se encontró exacerbación de sus lesiones luego de una episodio de amigdalitis en 133 casos (54%), usualmente a la segunda o tercera semana de infección³. El Streptococo fue aislado de la faringe en 33 de los 34 pacientes con PGA (97%)¹⁹ demostrándose evidencia serológica de infección estreptocócica en 56% a 85%^{19,21} de los pacientes. Estudios serológicos sugieren que la capacidad de desencadenar PGA no es específica a algún serotipo. In vitro, la presencia del factor de proliferación estreptocócica (SPF) causa proliferación queratinocítica la cual parece jugar un rol muy importante en la etiología de la psoriasis guttata. Los nuevos conceptos inmunológicos de la patofisiología de psoriasis sirven de base para el rol que pueden tener las infecciones estreptocócicas.

La activación inmune de células T juega un rol crítico. Los clones de linfocitos T de lesiones psoriáticas liberan factores de crecimiento que inducen proliferación de queratinocitos. Los antígenos estreptocócicos parecen estar entre los disparadores

de estas reacciones inmunológicas. Se ha demostrado que las lesiones psoriáticas podrían ser inducidas por inyección intradérmica de material estreptocócico muerto y que la respuesta in vitro de linfocitos T a los antígenos del grupo A estreptocócico está aumentada en pacientes con formas en placa o PGA²².

Recientemente se ha revisado el rol de las toxinas bacterianas de estreptococos grupo "A" beta hemolíticos (GABH) y estafilococo aureus que actúan como superantígenos y median la activación así como la infiltración por linfocitos T; además se ha revisado la subsecuente proliferación de queratinocitos²³. También se ha encontrado un marcado aumento en las células T-Vβ2 que son selectivamente expresadas en psoriasis guttata luego de ser estimuladas por superantígenos. Los linfocitos sanguíneos periféricos T8-Vβ de pacientes psoriáticos han mostrado tener hiporespuesta a superantígenos beta estreptocócicos²⁴.

Un reciente estudio de casos y controles, demostró que antecedentes familiares de psoriasis, eventos estresantes y enfermedades infecciosas recientes, particularmente faringitis estreptocócica aguda, son factores de riesgo para un primer episodio de PGA²⁵. Por lo tanto, se recomienda hacer un cultivo faríngeo y/o perineal en busca de infecciones estreptocócicas. A menudo se recomienda tratar la PGA con penicilinas o cefalosporinas, pero los resultados han sido inconsistentes y la eficacia de antibióticos en el resultado de PGA infantil aún queda por ser evaluado. Aunque también está en debate su efecto en el resultado de psoriasis, la tonsilectomía ha sido recomendada en el tratamiento de niños con psoriasis guttata y faringoamigdalitis estreptocócicas recurrentes²⁶. Corticosteroides tópicos clase II o clase III son el principal tratamiento. Para las formas más severas con mayor compromiso, será más efectivo el uso de alquitrán al 1-5% en ungüento o gel, solo o asociado a UVB, particularmente UVB de banda angosta, luz solar natural del mediodía o PUVA en niños mayores de 12 años de edad¹³⁻¹⁵.

Psoriasis inversa (psoriasis flexural o intertriginosa) (Fig. 1): se presenta con lesiones en áreas flexurales como en genitales, axila, ingule o región periumbilical. Las comisuras labiales y áreas interdigitales de pies pueden estar afectadas. Factores locales tales como maceración e infecciones bacterianas o micóticas, pueden modificar y agravar la psoriasis en estas localizaciones. Esta forma de psoriasis es a menudo resistente al tratamiento local. La psoriasis perianal puede ser difícil de diferenciar de la dermatitis perianal estreptocócica que al final puede precipitar o agravar la psoriasis.

Forma pustular (Fig. 6) Esta forma rara de psoriasis²⁷⁻²⁹ ocurre más frecuentemente en hombres y en la pobla-



Fig. 5 Psoriasis Guttata aguda en tronco

de vida en 26 casos (27%) y 3 iniciaron luego de una eritrodermia psoriática congénita. Hay una historia de psoriasis guttata precedente en 12% de los que presentaron PPG en la primera década. La forma anular subaguda es la más frecuente en niños, hecho que explicaría en parte el pronóstico más apropiado de PPG en niños que en adultos. Está caracterizada por placas anulares con margen pustular y un curso subagudo. La psoriasis pustular generalizada de tipo Von Zumbush se presenta como una eritrodermia aguda con pústulas en toda la superficie corporal. Puede ser dolorosa con una sensación de quemazón y puede estar asociada a fiebre alta, severo malestar general y poliartalgias. El tipo mixto tiene patrones tanto de Von Zumbush como de anular. Formas localizadas tales como psoriasis pustular palmoplantar son a menudo simétricas, con micropústulas (pústulas en cabeza de alfiler) que coalescen. Puede estar aislada o asociada a psoriasis en placa o artropatía psoriásica. La osteomielitis recurrente crónica multifocal, caracterizada por episodios recurrentes de inflamación estéril de huesos de manos y pies, esternón, húmero, pelvis, costillas o mandíbula han sido reportados en asociación a pustulosis palmoplantar en cerca de 20% de los casos. Las mujeres son las más afectadas frecuentemente con signos asociados a fiebre, velocidad de sedimentación elevada y leucocitosis.



Fig. 6 Psoriasis Pustulosa generalizada

La acrodermatitis pustular de Hallopeau (Fig. 7) puede estar afectando sólo en forma aislada a algunos dedos



Fig. 7 Acrodermatitis de Hallopeau

ción adulta. Beylot y Biolulac²⁹ reportaron 27 casos pediátricos de psoriasis pustular generalizada (PPG) y revisaron otros 69 casos publicados. La PPG comenzó en el primer año

o puede coexistir con psoriasis típica. Los cultivos bacterianos y fúngicos son necesarios para excluir una infección, así como una biopsia

cutánea para confirmar el diagnóstico de psoriasis pustular.

El tratamiento incluye compresas húmedas frías y corticosteroides tópicos de leve potencia. Si no hay respuesta se usa corticosteroides tópicos clase III, IV que pueden provocar remisión. El acitretin es el tratamiento de elección para la mayoría de casos invalidantes aunque PUVA o ciclosporina A también han sido usados exitosamente en algunos casos.

Psoriasis del cuero cabelludo

(Fig. 8) y su variante pitiriasis amiantácea pueden estar asociadas a las diversas formas de psoriasis o pueden presentarse en forma aislada.



Fig. 8 Psoriasis del cuero cabelludo

Se pueden observar "manchas de aceite", fositas ungueales, traquioniquia, onicólisis e hiperqueratosis de lecho ungueal.



Fig. 9 Psoriasis de las uñas

La acrodermatitis pustular de Hallopeau (Fig. 7) puede estar afectando sólo en forma aislada a algunos dedos

El curso de artritis psoriásica infantil es muy impredecible con numerosas remisiones y recaídas. Los casos severos pueden progresar rápidamente y ser incapacitantes produciendo destrucción de muchas articulaciones. En la mayoría de pacientes sin embargo, la actividad de la enfermedad es intermitente y el pronóstico a largo plazo es usualmente bueno con enfermedad articular mínima o ausente en la adultez. En un estudio de Ruzicka, 40% de los pacientes estuvieron asintomáticos después de 10 años, aunque varios pacientes requirieron reemplazo bilateral de cadera³¹. La calidad de vida está ciertamente afectada en niños y adolescentes que padecen de psoriasis³².

Otras formas raras de psoriasis infantil son la **anular, folicular y espinulosa**.

No hay duda que adoptar una clasificación uniforme de los diversos tipos clínicos de la psoriasis infantil tal como

la que se describe en el estudio australiano conllevaría a datos epidemiológicos más adecuados y reduciría discrepancias entre reportes de diferentes fuentes. Sin embargo, creemos que la psoriasis invertida debería distinguirse de la psoriasis en placa y que el tamaño de las lesiones individuales de psoriasis guttata debería ser aclarado (rango de 0.5 – 1 cm). Asimismo, la extensión de la enfermedad debería ser registrada y en caso se presente, se debe hacer lo mismo con los cambios en la superficie del cuero cabelludo y uñas.

TERAPIA

Cuidado Integral^{10,33}

El concepto de cuidado integral involucra tratar y etiquetar los aspectos visibles, sociales y psicológicos asociados con la enfermedad. Felizmente, tratando todas las facetas de la psoriasis infantil, tendremos como resultado pacientes y padres más motivados y comprometidos en mejorar la adherencia al tratamiento con periodos de remisión más frecuentes y prolongados. El tratamiento precoz y la educación pueden reducir las complicaciones posteriores³³.

El cuidado integral puede ser alcanzado a través de las siguientes pautas:

- Desarrollo de una estrecha relación padre-niño-médico
- Educación tanto de padres como de niños
- Identificación, prevención y/o tratamiento de factores precipitantes tales como infecciones, estrés, trauma o quemaduras solares
- Realización de tonsilectomías y adenoidectomías en casos de infecciones recurrentes de garganta
- Desarrollo de la autoestima y asistencia en apoyo psicológico
- Proporcionar acceso a grupos de apoyo.
- Proporcionar acceso a equipos multidisciplinarios si se requiere (otorrinolaringología, reumatología, psicología y asistencia social)
- Mantenimiento del cuidado adecuado de la piel así como de programas de bienestar (ejercicios, peso ideal).
- Consejería genética

Medidas Terapéuticas:

El tratamiento deber evaluar las ventajas y desventajas de las posibles medidas terapéuticas las que deben mantenerse con la mínima dosis compatible con el control asintomático. Estudios clínicos que aseguran que una droga, tópica u oral, es segura y efectiva en psoriasis, han sido realizados principalmente en adultos y en niños mayores de 12 años. Solamente el Calcipotriol⁸ y unos pocos corticosteroides tópicos⁹ han tenido estudios controlados aleatoriamente en niños menores de 12 años. El uso de otros tratamientos antipsoriáticos en niños está basado en

estudios de psoriasis en adultos; reporte de casos, análisis retrospectivo, estudios abiertos y experiencias personales de dermatólogos pediátricos.

1.- Alivio sintomático

Los antihistamínicos sedantes tales como hidroxicina y clorfeniramina y emolientes blandos han sido usados para aliviar el prurito y la piel seca.

2.- Terapia tópica

El tratamiento del niño con psoriasis debe ser prudente. Los medicamentos tópicos comúnmente más usados incluyen corticosteroides tópicos, calcipotriol, ácido salicílico, alquitrán y antralina. En psoriasis leve podría ser suficiente el uso regular de un emoliente y baños de sol frecuentes, obviamente evitando la sobreexposición.

La base del tratamiento de la psoriasis pediátrica en todo el mundo lo constituyen los corticosteroides tópicos clase II o III. Muchos de éstos han sido estudiados en niños con dermatitis atópica, pero no con psoriasis. Una mejoría clínica del 70 – 80%, fue evidente en estudios de 3 semanas con halobetasona en crema durante el día y en ungüento durante la noche⁹. Debido a la supresión del eje hipotálamo-pituitario-adrenal debería evitarse el uso prolongado de corticosteroides tópicos de alta potencia o en todo caso deberían usarse con sumo cuidado.

El alquitrán y la antralina han sido usados para el tratamiento de psoriasis por muchos años y han demostrado ser particularmente efectivos cuando son usados conjuntamente con luz UVB¹³⁻¹⁵. Como con muchos de los tratamientos antiguos, estas dos terapias no han sido parte de estudios clínicos aleatorios controlados en niños menores de 12 años.

La antralina, usualmente aplicada en la noche, debería iniciarse con la concentración más baja de 0.1% y gradualmente aumentar hasta llegar a la mayor potencia, según sea necesario. Aplicación de antralina de contacto corto de 0.1 a 1% dejada de 10 a 15 minutos y luego retirada con agua y jabón, puede ser tan efectiva como lo son las preparaciones de corticosteroides tópicos pero podría asociarse con irritación importante por fricción de la ropa. En un estudio, la remisión se obtuvo en 47 niños de 58, entre 5 –10 años, tratados con ditranol a concentraciones superiores al 1%³⁴.

El tazaroteno, retinoide tópico, se mostró efectivo y seguro para psoriasis. El extenso programa de ensayo clínico llevado a cabo multicéntricamente, no incluyó niños menores de 12 años. En la población adulta el tratamiento fue efectivo entre un 25 a 38% de los pacientes (75-100% de mejoría clínica)³⁵.

Para la psoriasis de cuero cabelludo, la solución de corticosteroides tópicos o calcipotriol asociado con shampoo de alquitrán o ketaconazol son frecuentemente efectivos. Para eczemas gruesos, urea al 20% en crema acuosa o ácido salicílico de 5 a 10% en aceite mineral aplicado en la noche y retirado a la mañana siguiente seguido de solución de calcipotriol para cuero cabelludo es también útil.

La medicación tópica que ha sido más estudiada en niños con psoriasis es el calcipotriol, un análogo de vitamina D3, aplicado 2 veces al día diariamente en forma de ungüento. La dosis máxima recomendada para edades de 2 a 5 años es 25gr por semana, para edades de 6 a 11 años es 50gr y para edades de 12 a 16 años 75gr por semana, o una dosis máxima aproximada de 50 gr/semana/m². El mecanismo de acción parece ser la inhibición de la proliferación celular y normalización de la diferenciación celular. Dos estudios abiertos^{36,37} y un estudio aleatorio controlado³ mostraron que el calcipotriol tópico es efectivo para tratar psoriasis infantil con una mejoría clínica del 60.5% (mejoría marcada y aclaración) como es reportado por los investigadores. En estos estudios de 8 semanas, una reducción promedio del 50% en el puntaje PASI del basal, fue observado sin efecto en la homeostasis del calcio. El calcipotriol parece ser 100 veces menos efectivo en el metabolismo del calcio que el calcitriol. Aunque en la mayoría la tolerancia fue buena, la irritación local y circundante a la lesión fue el evento adverso más frecuentemente reportado en casi el 20%. En estudios con adultos, el calcipotriol demostró ser más efectivo que la fluocinonida³⁸ el alquitrán³⁹, el tazaroteno y la antralina⁴⁰ e igualmente tan efectivo como el valerato de betametasona⁴¹. En niños no se han realizado estudios comparativos.

En formas recalcitrantes más severas la mostaza nitrogenada tópica puede mejorar las lesiones, pero debería ser usado solamente por periodos cortos, sin exposición solar para evitar la hiperpigmentación y los padres deben de estar advertidos del riesgo a la sensibilización.

Posiblemente los nuevos inmunomoduladores tópicos tendrán un rol que jugar en el algoritmo del tratamiento de psoriasis infantil, después que sus perfiles de seguridad y eficacia sean demostradas en los estudios que se están realizando con adultos.

3.- Fotoquimioterapia

La fotoquimioterapia como el PUVA, está reservada para la psoriasis severa de adultos y no está aprobada para niños menores de 12 años, pero adolescentes con psoriasis severa que afecta más del 30% de la superficie corporal pueden beneficiarse de ésta. El 8-MOP 0.1 – 0.5% en vaselina o 8-MOP 1% en el agua

de baño o el 8-MOP sistémico 0.6mg/k pueden ser considerados¹³⁻¹⁵.

4.- Terapia sistémica

Sólo bajo ciertas condiciones deberían usarse tratamientos sistémicos en niños con psoriasis. Se debe evaluar la severidad de la enfermedad y determinar si el rango riesgo/beneficio al usar drogas con efectos colaterales potencialmente serios justifica un tratamiento sistémico. Además, debería tenerse en consideración que estos pacientes probablemente recibirán múltiples tratamientos a lo largo de su vida y que los efectos a largo plazo de algunas drogas usadas son desconocidos. A la fecha; ningún trabajo clínico controlado aleatoriamente que involucre tratamiento sistémico ha sido efectuado en niños.

Debido a sus marcados beneficios clínicos, los retinoides son considerados como el tratamiento de elección de segunda línea en niños con psoriasis severa, en casos que no responden o en casos asociados a artritis moderada o severa. La acitretina es útil en formas pustulares y eritrodérmicas incluso en neonatos⁴². La dosis inicial es entre 0.25 – 0.6 mg/kg/día (hasta 1 mg/kg/día) por 3 meses. El acitretin fue efectivo en la mayoría de forma severas con resolución o marcada reducción de las lesiones psoriáticas en 3 niños con placas extensas y clara mejoría en 2 de los 3 niños con eritrodermia. Una menor eficacia, aunque moderada, fue observada en un tercer paciente con psoriasis pustular. Una discreta mejoría fue observada en pacientes con PGA. La eficacia del acitretin generalmente aparece en la tercera o cuarta semana de tratamiento. Una dosis inicial no debería exceder a 1 mg/kg/día y debería alcanzarse rápidamente la dosis mínima efectiva. Los casos severos de psoriasis de las uñas son tratados de mejor manera con retinoides orales que son efectivos en 50% de casos⁴³. Deberían monitorizarse las posibles complicaciones músculo-esqueléticas así como la observación cercana de los parámetros de crecimiento del niño.

Si no hay respuesta, podría considerarse metotrexato a una dosis inicial de 0.2 – 0.4 mgr/k/semana (hasta 0.7 mgr/k/semana) de 4 a 6 meses.

La ciclosporina ha sido usada satisfactoriamente y fue bien tolerada en casos de PPG pediátrico⁴⁴ a 3 mg/k/d y tuvo que ser continuada por 11 meses. La ciclosporina A también puede ser considerada en psoriasis artropática en casos de falta de respuesta en discapacitados. 4 pacientes fueron reportados con psoriasis severa (pustular eritrodérmica) resistente a las drogas los cuales no respondieron a terapia con ciclosporina de 2.5 a 5 mg/k/día administrada por periodos de 6 semanas a 5 meses⁴⁵. La dapsona también ha sido usada con éxito en algunos casos de psoriasis pustular.

CONCLUSIÓN:

Afortunadamente la mayoría de casos de psoriasis infantil son reportados como bien controlados con las terapias tópicas disponibles aunque hacen falta datos clínicos favorables respecto al resultado de los diversos tratamientos de psoriasis en niños. Sin embargo, tanto los tratamientos antiguos como los actuales deberían poner a prueba los estudios clínicos controlados aleatorios; para asegurar que esos tratamientos sean benéficos y seguros a corto y largo plazo para los niños que sufren de psoriasis.

Nuestro agradecimiento a la Profesora Gabriela García, traductora oficial, por su colaboración con el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beylot C, Puissant A, Bioulac P et al. Particular clinical features of psoriasis in infants and children. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1979; 87: 95-97.
- Farber EM, Carlsen RA. Psoriasis in childhood. *Calif Med* 1966; 105:415-420
- Nyfors A. Psoriasis in children: characteristics, prognosis and therapy. *Acta Derm Venereol Suppl Stockh* 1981; 95: 47-53.
- Farber EM, Nall ML. Natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica* 1974; 148: 1-18.
- Morris A, Rogers M, Fischer G et al. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 2001; 18: 188-198.
- Henseler T. The genetics of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: S1-11.
- Elder JT, Nair RP, Henseler T et al. The genetics of psoriasis 2001. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1447-1454.
- Oranje AP, Marcoux D, Svensson A, et al. Topical calcipotriol in childhood psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36:203-208.
- Herz G, Blum G, Yawalkar S. Halobetasol propionate cream by day and halobetasol propionate ointment at night for the treatment of pediatric patients with chronic, localized plaque psoriasis and atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25:1166-1169 Talanin NY. American Academy of Dermatology 1998 Awards for Young Investigators in Dermatology. Detection of streptococcal antigens in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 270-271.
- Farber EM, Raychaudhuri SP. Concept of total care: a third dimension in the treatment of psoriasis. *Cutis* 1997; 59:35-39
- Oram Y, Arisoy AE, Hazneci E. Bilateral inflammatory linear verrucous epidermal nevus associated with psoriasis. *Cutis* 1996; 57: 275-278.
- Atherton DJ, Kahena M, Russell-Jones R. Naevoid psoriasis. *Br J Dermatol* 1989; 120: 837-841.
- Menter MA, Whiting DA, McWilliams J. Resistant childhood psoriasis: an analysis of patients seen in a day-care center. *Pediatr Dermatol* 1984; 2:8-12.
- Tay YK, Morelli JG, Weston WL. Experience with UVB phototherapy in children. *Pediatr Dermatol* 1996; 13:406-409.
- Atherton DJ, Cohen BL, Knobler E et al. Phototherapy for children. *Pediatr Dermatol* 1996; 13:415-426.
- Lacour M, Mehta-Nikhar B, Atherton DJ et al. An appraisal of acitretin therapy in children with inherited disorders of keratinisation. *Br J Dermatol* 1996; 134:1023-1029.
- Kumar B, Dhar S, Handa S et al. Methotrexate in childhood psoriasis. *Pediatr Dermatol* 1994; 11:271-273.
- Roenigk HH, Auerbach R, Maibach H. Methotrexate in psoriasis. *Consensus Conference. J Am Acad Dermatol* 1998; 38:478-485.
- Tervaert WC, Esseweld H. A study of the incidence of haemolytic streptococci in the throat in patients with psoriasis vulgaris with reference to their role in the pathogenesis of this disease. *Dermatologia* 1970; 282-290.
- Whyte A, Baughman P. Acute guttate psoriasis and strepto-coccal infection. *Arch Dermatol* 1964; 89: 350.
- Telfer NR, Chalmers RJ, Whale K et al. The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis. *Arch Dermatol* 1992; 128: 39-42.
- Rosenberg EW, Noah PW. The Koebner phenomenon and the microbial basis of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 151-158.
- Leung DY, Walsh P, Giorno R et al. A potential role for superantigens in the pathogenesis of psoriasis. *J Invest Dermatol* 1993; 100: 225-228.
- Horiuchi N, Aiba S, Ozawa H et al. Peripheral blood lymphocytes from psoriatic patients are hyporesponsive to beta-streptococcal superantigens. *Br J Dermatol* 1998; 138: 229-235.
- Naldi L, Pelé L, Parazzini F et al. Family history of psoriasis, stressful life events and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 433-358.
- McMillin BD, Maddern BR, Graham VWR. A role for tonsillectomy in the treatment of psoriasis?. *Ear Nose Throat J* 1999; 78: 155-158.
- Zelickson BD, Muller SA. Generalized pustular psoriasis in childhood. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:186-194
- Kalla G, Goyal AM. Juvenile generalized pustular psoriasis. *Pediatr Dermatol* 1996; 13:45-46.
- Beylot C, Bioulac P, Grupper C. Generalized pustular psoriasis in infants and children: report of 27 cases. In: Farber EM et al., eds . *Psoriasis*. New York: York Medical Book 1977: 171-.
- Häfner R, Michels H. Psoriatic arthritis in children. *Curr Opin Rheumatol* 1996; 8: 467-472.
- Ruzicka T. Psoriatic arthritis. New types, new treatments. *Arch Dermatol* 1996; 132: 215-219.
- Lewis-Jones MS, Finlay AV. Children's dermatology life quality index (CDLQI): initial validation and practical use. *Br J Dermatol* 1995; 132: 942-949.
- Farber EM. Juvenile psoriasis. Early interventions can reduce risks for problems later. *Postgrad Med* 1998; 103: 89-92, 95-96, 99-100.
- Zvulunov A, Anisfeld A, Metzker A. Efficacy of short-contact therapy with dithranol in childhood psoriasis. *Inter J Dermatol* 1994; 33:808-810.
- Weinstein GD. Safety, efficacy and duration of therapeutic effect of tazarotene used in the treatment of plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 1996; 135(S49):32-36
- Darley CR, Cunliffe WJ, Green CM et al. Safety and efficacy of calcipotriol ointment (Dovonex) in treating children with psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol*, 1996; 135:390-393.
- Fabrizi G, Vultaggio P. Calcipotriol and psoriasis in children. *J Dermatol Treat* 1997; 8, 221-223.
- Bruce S, Epinette WW, Funicella T et al. Comparative study of calcipotriene (MC 903) ointment and fluocinonide ointment in the treatment of psoriasis. *J Am Acad Dermatol*: 1994; 31:755-759.
- Tham SN, Lun KC, Cheong WK. A comparative study of calcipotriol ointment and tar in chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 1994; 131(5):673-677.
- Berth-Jones J, Chu AC, Dodd W et al. A multicentre, parallel-group comparison of calcipotriol ointment and short-contact dithranol therapy in chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 1992; 127:266-271.
- Cunliffe WJ, Berth-Jones J, Claudy A et al. Comparative study of calcipotriol (MC 903) ointment and betamethasone 17-valerate ointment in patients with psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:736-743.
- Ruiz-Maldonado R, Tamayo-Sanchez L, Orozco-Covarrubias ML. The use of retinoids in the pediatric patients. *Dermatol Clin* 1998; 16: 553-569.
- Piraccini BM, Tosti A, Lorizzo M et al. Pustular psoriasis of the nails: treatment and long-term follow-up of 46 patients. *Br J Dermatol* 2001; 144: 1000-1005.
- Alli N, Gungor E, Karakayali G et al. The use of cyclosporin in a child with generalized pustular psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 754-755.
- Mahé E, Bodemer C, Pruszkowski A et al. Cyclosporine in childhood psoriasis. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1532-1533. *