

DIAGNÓSTICO Y MANEJO INICIAL DE LA PSORIASIS EN NIÑOS:

Autora: Dra. M^a Valentina Bezanilla D, Residente de Medicina Familiar PUC.

Editora: Dra. Pamela Rojas G., Docente de Medicina Familiar PUC.

Fecha: Enero 2022

Portada: La psoriasis es una enfermedad dermatológica con afectación multisistémica, que presenta varias formas clínicas. En este artículo mencionaremos algunas presentaciones clínicas, y nos referiremos al manejo inicial de esta condición en la población infantil.

Palabras clave: APS, Medicina Familiar, Psoriasis infantil, Psoriasis Guttata, corticoterapia.

Introducción:

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, de naturaleza inmunológica, predisposición genética y desencadenantes multifactoriales. Afecta la piel, mucosas, anexos, y puede también comprometer las articulaciones. Tiene múltiples comorbilidades sistémicas⁽²⁾. Se caracteriza por la aparición de placas eritemato descamativas en la piel.⁽³⁾

Su prevalencia en la población general está estimada entre un 2 y un 3%, y un tercio de los pacientes afectados debuta en la infancia (prevalencia de 1%).⁽³⁾

El diagnóstico es clínico, pero a veces resulta desafiante por sus múltiples presentaciones, con sus respectivos diagnósticos diferenciales.

El tratamiento inicial se realiza con humectación, queratolíticos y corticoides tópicos de baja potencia, a lo que se puede agregar fototerapia natural y alquitranes. Si no da resultado o la afectación es demasiado extensa, es preferible derivar a dermatología para tratamiento por especialista.⁽³⁾

¿Qué presentaciones clínicas podemos encontrar?

- Psoriasis vulgar: Es la forma de presentación más común en la población general, y también en niños mayores⁽³⁾. Se caracteriza por la aparición de placas eritemato-escamosas con escamas adherentes blanco-nacaradas y con borde bien delimitado. Estas placas tienen tendencia a agruparse para formar placas con figuras policíclicas. Aparecen en zonas clásicas (zona extensora extremidades como codos y rodillas, cuero cabelludo, periumbilical o retroauricular, tronco). Cuando aparecen en el cuero cabelludo, suelen sobrepasar la línea de implantación del cabello.
- Psoriasis inversa: La presentación en lactantes menores de 2 años suele ser en zona del pañal, con placas eritematosas, lisas y brillantes, a veces soleantadas, no descamativas, de bordes netos (pueden tener maceración o fisuras).⁽²⁾ A partir de estas lesiones iniciales, el cuadro se puede ir generalizando, y pueden ir apareciendo nuevas lesiones en zonas sometidas a traumatismo (llamado fenómeno de koebner: se produce un brote de psoriasis donde hay roce pañal-piel). Se le llama psoriasis inversa, porque se localiza en zonas flexurales, a diferencia de la forma clásica, que suele presentar lesiones en áreas extensoras. Se debe sospechar frente a un cuadro de dermatitis del pañal que no responde al tratamiento habitual, cuando existen antecedentes familiares, o aparecen lesiones sospechosas en otras partes del cuerpo. Se diferencia de una dermatitis del pañal micótica en que esta suele presentar un

collarete descamativo asociado a pápulas satélite en la periferia, y que puede estar asociado a candidiasis oral.

Para el tratamiento de la psoriasis inversa se utilizan las mismas medidas generales que para una dermatitis vulgar (principalmente hidratación de la piel). En casos de mayor severidad se sugiere agregar corticoides tópicos de mediana o baja potencia (hidrocortisona o fluticasona al 1%).⁽¹⁾

- **Psoriasis en gotas o Guttata** es la presentación más frecuente en niños, - adolescentes y adultos jóvenes.⁽²⁾ Se presenta con la aparición de pequeñas placas eritemato descamativas redondeadas, en forma de gotas o monedas que aparecen en el tronco y la raíz de las extremidades. Es típica su erupción aguda unos 10 a 14 días luego de una infección estreptocócica, y se resuelve espontáneamente en unos 2 a 3 meses. En general tiene un buen pronóstico, pero puede ser la forma de inicio de una psoriasis en placas de evolución crónica.^{(3), (2).}
- **Psoriasis eccematoide:** Se refiere a la superposición de psoriasis y eccema, y en ocasiones presenta características de ambas entidades (psoriasis y dermatitis atópica). Suele asociarse a prurito y afectación facial.⁽²⁾
- **Psoriasis pustulosa:** Se caracteriza por presentar áreas eritematosas con pústulas en su interior, pudiendo evolucionar hasta eritrodermia. En niños se puede acompañar de fiebre, irritabilidad y malestar general. Es una presentación poco frecuente, pero puede dar lugar a cuadros potencialmente graves. Puede ser localizada o generalizada.^{(2), (3)}
- **Psoriasis eritrodérmica:** Es una dermatosis inflamatoria generalizada y grave con o sin descamación, que afecta más del 75% de la superficie cutánea. También es una presentación poco frecuente y grave.⁽³⁾
- **Psoriasis ungueal:** Se produce un compromiso de la matriz ungueal, lo que origina pits y surcos longitudinales. Además existe compromiso del hiponiquio, lo que produce las llamadas manchas en aceite e hiperqueratosis subungueal.⁽³⁾

¿Cómo podemos apoyar clínicamente a estos pacientes?

1. Abordaje general:

En primer lugar, a todos los pacientes y a sus familias se les debe **educar** sobre esta condición que es **crónica**. Esto incluye⁽²⁾:

- Las características de la enfermedad y su pronóstico. Esto supone evaluar la esfera psicosocial, la presencia de síntomas anímicos y ansiosos, y eventualmente vincular con grupos de apoyo.
- La identificación de gatillantes: requiere especial mención el estrés), el que se asocia tanto a su presentación inicial como a reagudizaciones. Otros gatillantes más difíciles de evitar son las infecciones bacterianas (lo más frecuente es por *S. pyogenes* que

puede desencadenar psoriasis guttata), algunos fármacos (ejm. litio, interferón, beta bloqueantes y antipalúdicos), obesidad, tabaquismo y consumo de alcohol. ⁽²⁾

- Promoción de hábitos de vida saludables y la existencia de comorbilidades: obesidad, dislipidemia, Diabetes Mellitus II, artritis psoriásica, enfermedad de hígado graso no alcohólico, depresión, ansiedad, etc. ⁽²⁾

2. Apoyo farmacológico:

- La **humectación y el uso de emolientes** en la superficie de la piel es importante porque previene fisuras, ayuda a la eliminación de escamas, y promueve el control del prurito. Es indispensable que se utilicen de manera regular, mínimo una vez al día. ⁽³⁾
- El uso de **queratolíticos** ^{(1), (3)}, tales como ácido salicílico al 1-10% o urea al 5-20%, es muy útil para la reducción de placas descamativas y queratósicas, y para facilitar la penetración percutánea de otros principios activos. Su uso se reserva para lesiones con descamación más intensa o hiperqueratósicas. El ácido salicílico se debe evitar en menores de 2 años por riesgo de absorción y toxicidad sistémica.
En las placas más gruesas se puede realizar el tratamiento en cura oclusiva para facilitar su absorción . Esto se refiere a cubrir con algodón húmedo la piel ya tratada con humectantes y queratolíticos, e incluso con corticoides, seguido de una capa de tejido seco para evitar la pérdida de agua de la primera capa, manteniéndolo por un máximo de 6 a 8 horas.
- **Corticoides tópicos:** Su uso controla la enfermedad en la mayoría de los pacientes. Una Psoriasis de menos de 80% de superficie corporal comprometida se sugiere ^{(2), (3)}
 - Acetónido de Triamcinolona al 0,1 % en crema, usar 2 veces al día por 21 días (corticoide de mediana a baja potencia, se puede indicar en receta magistral en crema fluida)
 - Alternativa: hidrocortisona al 1%.
- **Fototerapia natural/ helioterapia:** Corresponde a exposiciones breves y diarias a la luz del sol. Puede usarse sola o combinada con productos que contengan breas o alquitrán de hulla, ya que este último aumenta la receptividad de la piel a la luz ultravioleta B. Este producto actúa reduciendo la descamación, el prurito y la inflamación, pero es engorroso de utilizar (mancha la ropa y tiene un fuerte olor). ⁽²⁾.
Para evitar los riesgos de esta práctica se recomienda tomar sol durante 20 minutos por lado después de las 18:00 horas. ⁽⁶⁾.

¿Cuándo derivar al nivel secundario?

Es frecuente que los pacientes con psoriasis no respondan a los tratamientos descritos y deban ser derivados a un dermatólogo. Se debe derivar a los pacientes ⁽³⁾:

- que presentan compromiso cutáneo muy extenso (algunos especialistas sugieren que sea superior al 80% de la superficie corporal al consultar, considerando que un 1% corresponde aproximadamente a una palma de la mano del paciente).
- cuando los corticoides tópicos de baja potencia no logran mejorar el cuadro en 2 a 3 semanas.⁽³⁾
- cuando la enfermedad afecta a lactantes
- cuando se pesquisa artritis psoriática .

Algunas consideraciones para el uso de corticoides tópicos^{(4), (5).}

- La potencia y el tiempo de uso del corticoide se debe elegir según la zona a tratar (en manos y pies potencia media-alta; y en el resto el cuerpo preferir potencia baja).
- Es preferible utilizarlos sobre piel húmeda, pues mejora la penetración hasta 10 veces.
- Cremas, pomadas y ungüentos deben ser frotados hasta que desaparezcan, y para lograr una mayor efectividad se puede ocluir la zona con plástico por toda la noche.

RESUMEN:

La psoriasis es una enfermedad crónica que afecta a niños y adolescentes.

El papel del médico no especialista en dermatología incluye: realizar una evaluación integral; reconocer formas típicas y menos típicas de la enfermedad; educar al paciente y la familia sobre su condición; buscar la presencia de comorbilidades, e indicar un tratamiento de primera línea. Este debe incluir medidas generales (manejo del estrés, humectación, emolientes, fototerapia natural, alquitrán de hulla), considerar el uso de corticoides de baja potencia y por periodos prolongados, en casos con una afectación de menos del 80% de la superficie corporal y derivar a quienes que no responden, presentan condiciones más severas o se sospechan en lactantes.

REFERENCIAS

- 1) Osses MS. Manual del interno de medicina Dermatología. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
- 2) Quintana Castanedo L, de Lucas Laguna R. Psoriasis y otros trastornos papuloescamosos. *Pediatría integral*. 2021;XXV:177–83.
- 3) Azaña Defez JM, Martínez Martínez ML. Psoriasis en la Infancia y Adolescencia. *Pediatría integral*. 2016;XX:234–43.
- 4) Macías MA. Corticoides Tópicos en Pediatría, ¿Cómo, Cuándo y por Qué? [Internet]. 2021 dic. Disponible en: <https://emc-saval.cl/2021-SOCHIPE-DERM/>
- 5) Lee NP, Arriola ER. Topical Corticosteroids, Back to Basics. *Drug Information Center UCLA Medical Center Los Angeles, CA Department of Pharmaceutical Services*. diciembre de 1999;351,353.
- 6) Pruthi S. Psoriasis, Diagnóstico y Tratamiento [Internet]. *mayoclinic.org*. 2021 [citado el 15 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/psoriasis/diagnosis-treatment/drc-20355845>