

Psoriasis pediátrica: estudio retrospectivo de 80 casos

Childhood psoriasis: a retrospective study of 80 cases

Carla Castro,¹ Lucila María Suar,² Alejandro Olivera,³ Paula Valentina Bonavia⁴ y Raúl Valdez⁵

RESUMEN

Antecedentes. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, de curso crónico, que compromete la piel y sus anexos. Su etiología es multifactorial y existe evidencia de que tanto factores genéticos como ambientales colaboran en su desarrollo. Por años ha sido considerada poco frecuente en la edad pediátrica, pero estudios recientes demostraron que hasta el 40% de los pacientes adultos presenta las primeras manifestaciones de la enfermedad durante la infancia o adolescencia.

Objetivos. Describir las manifestaciones clínicas, características epidemiológicas y conductas terapéuticas implementadas en los pacientes pediátricos con diagnóstico de psoriasis evaluados en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Austral.

Diseño. Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional.

Métodos. Se revisaron los registros clínicos de los pacientes en edad pediátrica (desde el nacimiento hasta los 18 años) con diagnóstico de psoriasis, evaluados y diagnosticados en nuestro Servicio entre marzo de 2003 y agosto de 2010.

Resultados. Entre marzo de 2003 y agosto de 2010, 80 niños con edades comprendidas entre el nacimiento y los 18 años fueron evaluados por esta enfermedad en nuestro Servicio. La mayoría fueron mujeres (2:1), las primeras manifestaciones de la patología se observaron principalmente en la pubertad y la adolescencia. La forma clínica más frecuente fue la psoriasis en placas, que se presentó en el 62,5% de los casos, seguida por la psoriasis en gotas, en un número mucho menor. Como formas clínicas poco frecuentes, pudimos observar un caso de psoriasis congénita y uno de psoriasis lineal en gotas. El 38,7% de los pacientes tenía antecedentes familiares de psoriasis. Más de la mitad de los casos presentó factores desencadenantes, especialmente procesos infecciosos, destacándose entre ellos la faringoamigdalitis. En el 91% de los casos la terapéutica elegida fueron tratamientos tópicos. El 5% recibió fototerapia y únicamente el 4% requirió tratamiento sistémico. El metotrexate fue la droga más utilizada.

Discusión. La psoriasis es una dermatosis que afecta a los niños; la forma clínica predominante es en placas, aunque existen variantes clínicas específicas de la infancia. Su naturaleza multifactorial explicaría el alto porcentaje de antecedentes familiares y su frecuente inicio luego de una causa desencadenante. Afortunadamente la mayoría de los casos puede ser manejado con tratamientos tópicos, y es extraordinario el requerimiento de drogas sistémicas. Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de niños con psoriasis (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 452-458).

Palabras clave:

psoriasis infantil, manifestaciones clínicas, factores desencadenantes.

ABSTRACT

Background: Psoriasis is an inflammatory systemic disease with skin involvement. Both genetic and environmental factors play a role in its development. For years, it has been considered an adulthood disease, but recent publications show that 40% of patients began their symptoms during childhood.

Keywords:

childhood psoriasis, clinical manifestations, triggering factors.

Objectives: To describe the clinical and epidemiological data and therapeutic measures implemented in pediatric patients with psoriasis in the Hospital Universitario Austral.

Design: Retrospective, descriptive, observational trial.

Methods: We reviewed the clinical records of pediatric patients (birth to 18 years old) with Psoriasis, evaluated and diagnosed in our department between March 2003 and August 2010.

Results: Eighty patients were included. The disease was more prevalent in women (2:1) and was mostly initiated during puberty and adolescence. Plaque psoriasis accounted for 62,5% of the patients, followed by guttate psoriasis in a much smaller number of cases. We had a case of congenital psoriasis and one of guttate linear psoriasis. Family history of psoriasis was present in 38.7% of the patients. In more than half of the cases a triggering factor was identified, and infections, especially pharyngo-tonsillitis were the predominant diagnosis. Topical therapy was the choice in 91% of the cases. Phototherapy was needed in 5% of patients, and only 4% required systemic treatment, being methotrexate the drug of choice.

Conclusions: Psoriasis is a disease that affects children. As in adult patients, the predominant clinical presentation is in plaque psoriasis, although there are specific clinical variants of childhood. Multifactorial nature would explain the high percentage of familiar's history and its frequent onset after a precipitating cause. Fortunately, most cases can be managed with topical treatment, and the use of systemic drugs is considered an extraordinary resource. We present our experience in the diagnosis and treatment of children with psoriasis (*Dermatol. Argent.*, 2012, 18(6): 452-458).

Fecha de recepción: 15/08/2012 | **Fecha de aprobación:** 19/12/2012

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, de curso crónico, que compromete la piel y sus anexos. Afecta entre el 1 y el 3% de la población, aunque su prevalencia varía entre las diferentes razas y sitios geográficos.¹

Durante años fue considerada poco frecuente en la edad pediátrica, pero estudios recientes demostraron que hasta el 40% de los pacientes adultos presenta las primeras manifestaciones de la enfermedad durante la infancia o adolescencia.¹

Su verdadera incidencia en los niños es desconocida, pues muchas veces no se considera este diagnóstico y algunas presentaciones clínicas en pediatría difieren de las clásicas de los adultos. Es el motivo de consulta del 4% de los niños que concurre al dermatólogo en los Estados Unidos y Europa, pero sabemos que al igual que en los adultos, esta prevalencia puede variar en diferentes partes del mundo.² En los pacientes pediátricos está claramente demostrada la importancia de los antecedentes familiares. Hasta el 40% de los niños con psoriasis tiene al menos un miembro de la familia afectado. Asimismo, el riesgo de que el niño presente la enfermedad se incrementa a medida que los familiares aumentan con este diagnóstico. Cuando no existe historia familiar de la dermatosis, el riesgo de psoriasis infantil es menor al 4%; pero si uno de los padres tiene psoriasis, aumenta entre el 10 y el 28%, y si ambos padres la padecen, se eleva a entre el 50 y el 65%. La influencia familiar parecería ser mayor si es el padre quien presenta la patología.^{3,4}

¹ Jefa de Sección de Dermatología Pediátrica, Hospital Universitario Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral

² Residente de Dermatología, Hospital Universitario Austral (4º año), Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral

³ Dermatólogo pediatra, Hospital Universitario Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral

⁴ Dermatóloga, Hospital Universitario Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral

⁵ Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Austral, vicedecano de la Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral

Hospital Universitario Austral, avenida Juan Domingo Perón 1500, Pilar, Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Carla Castro, ccastro@cas.austral.edu.ar



Foto 1. Psoriasis en placas en cuero cabelludo y facial.



Foto 2. Psoriasis ungueal.

Su etiología es multifactorial. Existe evidencia de que tanto factores genéticos como ambientales colaboran en su desarrollo.⁴ La susceptibilidad genética estaría dada por diferentes mecanismos inmunológicos, entre ellos algunos relacionados con los complejos mayores de histocompatibilidad de Clase I y Clase II. Estos factores genéticos también definirían el patrón clínico, la severidad y la edad de inicio de la enfermedad.⁴ De todos modos, para que se manifieste la enfermedad serían necesarios factores desencadenantes concurrentes.

El trauma físico, el estrés emocional, diversos antígenos provenientes de infecciones estreptocócicas, micóticas (*Pityrosporum ovale*, *Cándida albicans*), o virales (virus de inmunodeficiencia humana), así como la administración de algunos medicamentos (hormona de crecimiento, litio, interferones alfa y beta recombinantes, entre otros) y la suspensión brusca de los corticoides sistémicos han sido asociados con aparición o exacerbaciones de esta enfermedad. En pediatría no existe uniformidad en los resultados de los estudios respecto de la prevalencia en los dos sexos. Las series con mayor número de pacientes no muestran diferencia entre ambos sexos en la edad pediátrica, pero algunas pequeñas series muestran una diferencia significativa.⁵

La edad de inicio en los niños ha sido referida por diversos autores entre los 8 y los 12 años de edad. Con picos a los 10 años o en la adolescencia.⁵

En la mayoría de los pacientes pediátricos, la forma en placas, con localización y patrones similares a los de los adultos, es la forma clínica más frecuente. La psoriasis en gotas suele ser la segunda en frecuencia y se observa más comúnmente en niños que en adultos. Existen formas clínicas particulares de la infancia, como la facial exclusiva, la pustulosa anular y la psoriasis del área del pañal, que deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial de otras dermatosis comunes de la infancia.⁵

En los pacientes pediátricos, los tratamientos utilizados están, en muchos casos, limitados por los efectos adversos a los que pueden asociarse y por las dificultades en la adhesión a los mismos no sólo de los pacientes, sino también de sus cuidadores.² También es importante tener en cuenta que existen pocos estudios controlados que demuestren eficacia y seguridad en el tratamiento de la psoriasis en la edad pediátrica. El objetivo de nuestro trabajo es describir las manifestaciones clínicas, las características epidemiológicas y las estrategias terapéuticas utilizadas en los pacientes pediátricos con diagnóstico de psoriasis seguidos en el Hospital Universitario Austral.

Materiales y método

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los pacientes en edad pediátrica (desde el nacimiento

y hasta los 18 años de edad) con diagnóstico de psoriasis, evaluados en el HUA en el período comprendido entre marzo de 2003 y agosto de 2010. Para la realización del presente trabajo se obtuvo de la base de datos del HUA el registro de la totalidad de pacientes en edad pediátrica, atendidos en el período en estudio, con diagnóstico de psoriasis (código ICD9: 696.0 y relacionados). Se incluyó únicamente a los pacientes con diagnóstico de psoriasis realizado por un médico dermatólogo, en cuyas historias clínicas estuvieran descritas las lesiones clínicas características de la dermatosis y/o en quienes se hubieran realizado la confirmación histológica de la enfermedad a través de una biopsia de piel. Para la obtención de los datos se confeccionó una ficha donde se registraron las siguientes variables en estudio: edad, sexo, antecedentes personales y familiares, forma clínica de la psoriasis, sitios comprometidos, factores desencadenantes y tratamientos instituidos. Se estimaron como patrones clínicos de la entidad a los propuestos por Marcoux *et ál.* y Lewkowicz *et ál.*,^{1,2} quienes consideran 8 formas clínicas principales de la entidad en pediatría: en placa, en gotas, eritrodérmica, inversa o flexural, pustulosa, nevoide o lineal, artropática y ungueal (fotos 1, 2, 3, 4); a su vez, a la forma en placa la dividen en 5 subtipos: vulgar propiamente dicha, del área del pañal, del cuero cabelludo, facial y anogenital (sin uso de pañales), y a la forma pustulosa en 3: generalizada, anular y localizada. También se estratificó a los pacientes en 5 grupos, de acuerdo con la edad de inicio de la patología: congénita (al nacimiento), neonatal (durante el primer mes de vida), primera infancia (> 1 mes y < 2 años), segunda infancia (de 2 a 10 años), pubertad (10 a 14 años) y adolescencia (de 14 a 18 años). Se registraron los tratamientos realizados y se los clasificó en tópicos, sistémicos y fototerapia, y se indagó para cada uno de ellos los posibles eventos adversos relacionados.

Resultados

En los 10 primeros años de trayectoria del HUA (2000-2010), fueron asistidos 2.077 pacientes con diagnóstico de psoriasis, de los cuales 107 (5,1%) fueron menores de 18 años.

Un total de 80 pacientes pediátricos con diagnóstico de psoriasis fue evaluado entre marzo de 2003 y agosto de 2010: 54 de sexo femenino (67,5%) y 26 de sexo masculino (32,5%), con una relación masculino-femenino de 1:2.

Las edades al diagnóstico oscilaron entre los 6 meses y los 18 años, excepto el caso de un niño con diagnóstico de psoriasis que presentó lesiones desde el nacimiento. La edad media al inicio de la psoriasis fue los 11 años. Tal como se puede evidenciar en el gráfico 1, la mayor proporción de los pacientes se encontró en la pubertad o en la adolescencia al momento del diagnóstico.



Foto 3. Psoriasis lineal.



Foto 4. Psoriasis invertida.

El promedio de edad de inicio de la psoriasis para el sexo femenino fue más tardía (12 años) que para el sexo masculino (10 años).

El 38,7% (n=31) de los pacientes tenía antecedente positivo de psoriasis en al menos un miembro de su familia. Los familiares con psoriasis fueron de primer grado (padre-madre-hermanos) en el 64,5% (n=20) de los casos y de segundo grado (abuelos, tíos, primos) en el 35% (n=11) restante.

La presentación clínica más frecuente fue la psoriasis en placas, que se representó en el 62,5% (n=50), seguida de la psoriasis en gotas con el 16,25% (n=13) (véase gráfico 2). Se observó la coexistencia de lesiones en placas y en gotas en el 7,5%. Otras formas clínicas encontradas con menor frecuencia fueron psoriasis invertida (n=4, el 5%) y psoriasis del área del pañal (n=3, el 3,75%). Por último, hubo un caso de cada una de las siguientes variantes: psoriasis lineal

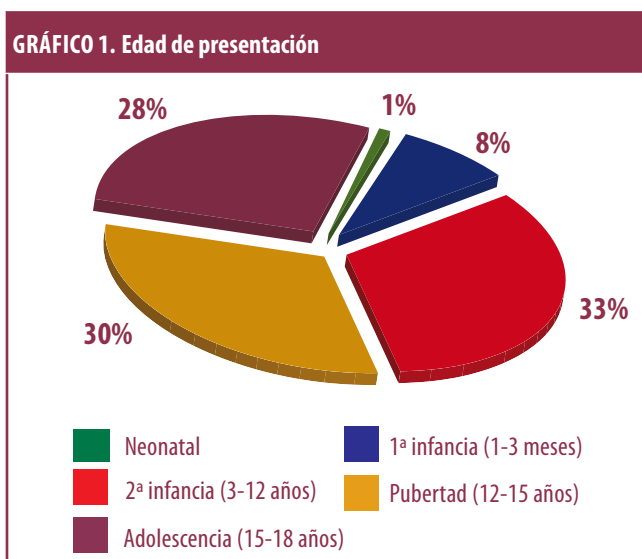


TABLA 1. Localización de las lesiones

Localización	n	%
Brazos y Piernas	45	56.25%
Cuero cabelludo	42	52.50%
Tronco	30	37.50%
Cara	9	11.25%
Genital	5	6.25%
Uñas	4	5%
Pliegues	4	5%
Área del pañal	3	3.75%
Palmar	1	1.25%
Plantar	1	1.25%
Mucosa	0	0
Articular	0	0

en gotas, psoriasis ungueal, psoriasis pustulosa eritrodérmica y psoriasis congénita; cada una de ellas representó el 1,25% del total. Los sitios más frecuentemente comprometidos fueron las piernas y brazos, con predominio de superficies extensoras, seguidos por el cuero cabelludo y el tronco (véase tabla 1).

Únicamente 4 pacientes presentaron trastornos ungueales, principalmente hoyuelos y onicosis; en 3 de ellos se asociaron a psoriasis en placas y en un paciente se observó compromiso ungueal exclusivo. Ningún paciente presentó compromiso articular ni mucoso.

El inicio de la psoriasis se pudo asociar con un probable factor desencadenante en el 51,25% de los casos (n=41). Éste correspondió a un proceso infeccioso en el 73% de los pacientes (n=30) y a un evento psicológico manifestado por el paciente o familiar como un episodio de estrés (exámenes, cambios de colegio, cumpleaños de 15) en el 27% restante

(n=11), (13,75%). La principal causa infecciológica fue la faringoamigdalitis, la cual se diagnosticó en 22 pacientes (27,5%) y fue confirmada por cultivo de fauces, con aislamiento de *Streptococo pyogenes* en la mayoría de los casos. El resto de las infecciones fue OMA (n=4), sinusitis (n=3) y absceso dental (n=1). La faringoamigdalitis se asoció con el inicio de psoriasis en gotas en 12 pacientes, y con el inicio de psoriasis en placas en los 10 pacientes restantes.

En el 91% de los casos (n=73) la terapia de elección fue exclusivamente el tratamiento local, en particular los glucocorticoides tópicos. Se utilizaron con mayor frecuencia los de potencia moderada (n=52), siguiéndole en frecuencia los de potencia alta (n=15) y finalmente los de baja (n=8). Se asociaron en algunos casos a calcipotriol tópico. En las lesiones genitales o faciales se prefirió el uso de inhibidores de la calcineurina como el primecrolimus y el tacrolimus. El 5% de los pacientes (n=4) fue tratado con fototerapia, y la elección en todos los casos fue UVB de banda angosta. Tres de ellos iniciaron tratamiento por falta de respuesta a tratamientos tópicos, y el paciente restante inició fototerapia como tratamiento sinérgico con metotrexate ante cuadro de psoriasis en placas severo.

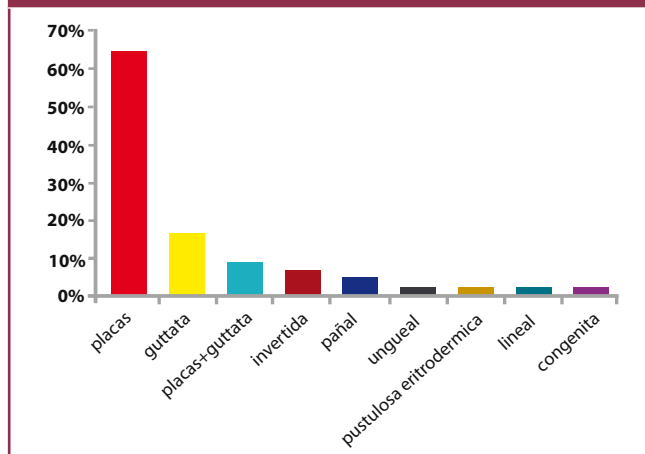
Únicamente el 4% de los pacientes (n=3) requirió tratamiento sistémico con retinoides o inmunomoduladores. Una paciente femenina de 10 años con psoriasis en placas severa recibió tratamiento inicialmente con acitretín, y por falta de respuesta fue rotada a metotrexate. Además, otros dos pacientes, también con psoriasis en placas severa, recibieron metotrexate como terapia de elección. No se registró ningún efecto adverso con estos tratamientos. Las dosis utilizadas para metotrexate estuvieron entre los 5 y 7,5 mg/semana, asociado a ácido fólico 5 mg/semana. El tratamiento más prolongado duró 12 meses. El acitretín se utilizó a 0,8 mg/kg/día.

Discusión

Presentamos nuestra experiencia en el seguimiento de 80 pacientes con diagnóstico de psoriasis en edad pediátrica. A pesar de que la psoriasis es una dermatosis frecuente de la infancia, existen pocos estudios epidemiológicos en pacientes pediátricos y hasta nuestro conocimiento, ninguno publicado en nuestro país.⁶ Un estudio realizado en Alemania evidenció que la prevalencia de psoriasis infantil es del 0,71%, para una prevalencia en la población general del 2,53%.

Pudimos observar que el promedio de edad al inicio de la enfermedad fueron los 11 años. Más de la mitad de los pacientes (58%) se encontraba en la pubertad o en la adolescencia al inicio de la enfermedad. La edad de comienzo varía entre las diferentes publicaciones. En trabajos de China, India y Dinamarca, la mayor proporción de pacientes desarrolló síntomas entre los 6 y 10 años,^{5,7,8}

GRÁFICO 2. Forma clínica de psoriasis



mientras que en Oriente Medio y Australia se evidenció un pico de inicio entre los 0 y 4 años.^{9,10} El desarrollo temprano de psoriasis ha sido considerado más frecuente en mujeres que en hombres.² Sin embargo, en nuestro trabajo ocurrió lo contrario: se evidenció que el promedio de edad de inicio en el sexo masculino fueron los 10 años, mientras que en el femenino, los 12 años.

Se postula que el riesgo de desarrollar psoriasis es mayor si existen antecedentes familiares, Faber y Nall publicaron que el 36% de sus pacientes tenía al menos un miembro de la familia afectado.^{11,12} En nuestro caso, el 38,7% refirió historia familiar positiva de psoriasis. La prevalencia de familiares de primer grado afectados fue mayor a la de los familiares de segundo grado (el 64,5% vs. el 35%).

La frecuencia relativa de los distintos tipos y patrones de presentación de la psoriasis difiere entre la población adulta y pediátrica, pero la psoriasis en placas, con sus diversas variantes, es la más frecuente en ambos grupos.

En nuestro estudio representó el 62,5% de los casos, similar a otros trabajos donde se encontró el 61% y el 69% de los pacientes.^{8,13} La psoriasis en gotas representó la segunda forma clínica en frecuencia (16,25%); varía entre el 6,4% y el 44% en diferentes publicaciones.^{8,10} Únicamente un trabajo publicado en 1975 en Dinamarca describe a la psoriasis en gotas como la más prevalente en la edad infantil; en el resto de los trabajos la prevalencia es por lejos menor a la forma en placas.⁸

Tres de nuestros pacientes presentaron psoriasis del pañal. Todos ellos fueron mayores a 6 meses y menores a los 2 años. La prevalencia en nuestra población probablemente se atribuya a la edad de los pacientes incluidos en el estudio, ya que el 8,75% de ellos fue menor a los 2 años. En cambio, en un estudio epidemiológico descriptivo de 277 pacientes realizado en China, no se observó ningún caso de psoriasis del pañal, posiblemente por representar la

población menor a 2 años el 0,4%.⁵ En nuestra población también pudimos observar un caso de psoriasis congénita. En la bibliografía existen menos de 10 publicaciones de esta patología con presentación congénita. En ellos la forma clínica más frecuentemente observada fue en placas, al igual que la nuestra, siguiéndole la forma eritrodérmica y finalmente la pustulosa.¹⁴ Los diagnósticos diferenciales más frecuentemente planteados en los neonatos son la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica, las pustulosis estériles e infecciosas y algunas formas de ictiosis.¹⁵ Existen también casos en los cuales los niños presentan inicialmente lesiones características de otras dermatosis, como dermatitis seborreica, eccema numular o dermatitis atópica, y desarrollan posteriormente psoriasis.¹⁶

En cuanto a la localización, observamos que al igual que en otras publicaciones, la mayoría de nuestros pacientes presentó lesiones cutáneas en los miembros y cuero cabelludo, con porcentajes muy similares (el 56% vs. el 53%, respectivamente). Estas localizaciones concuerdan con las ubicaciones típicas de la psoriasis en placas, que fue la forma clínica más frecuente en nuestra casuística.^{5,9} El compromiso facial fue el cuarto sitio afectado y se observó en 9 de los 80 pacientes (11,25%). Las lesiones en la cara son menos frecuentes en adultos, pero son habituales y características en los pacientes pediátricos, incluso en ocasiones es el único sitio comprometido.¹⁷ Se evidenciaron trastornos ungueales en el 5% de los pacientes, que consistieron principalmente en hoyuelos y onicosis, datos que concuerdan con otras publicaciones.⁵ Sin embargo, hay trabajos en los cuales el compromiso de las uñas fue visto hasta en el 32% de los casos.¹³ Ninguno de nuestros pacientes presentó compromiso mucoso ni clínica de compromiso articular, por lo cual no se avanzó con estudios diagnósticos complementarios osteoarticulares.

En nuestros pacientes, de manera similar a estudios previos, notamos que distintos factores endógenos y exógenos tales como infecciones y estrés influyeron en el curso clínico de la enfermedad. En el 27,5% se consideró la faringoamigdalitis, confirmada por cultivo en la mayoría de los casos, un factor desencadenante de la psoriasis. Esta asociación fue relativamente alta en relación con otros estudios, en los cuales el inicio de la psoriasis se asoció a infecciones de vías aéreas superiores en sólo el 17% de los casos.⁸ Llamativamente, la faringoamigdalitis se asoció con el inicio de psoriasis en gotas en primer lugar (54,5%, n=12), pero también con el inicio de psoriasis en placas en el 45,5% (n=10) de los pacientes restantes. Durante años se ha hecho énfasis en el rol del estrés en el inicio y exacerbación de la psoriasis. Éste representó el segundo lugar con el 13,75%. Existe una compleja interrelación neuro-inmuno-cutáneo-endócrina que explicaría las manifestaciones de psoriasis en la piel. En pacientes vulnerables, la liberación de diversos mediadores de la inflamación

en momentos de estrés, que incluyen los neuropéptidos, influiría negativamente en la homeostasis cutánea y activaría procesos inflamatorios en las capas basales de la piel. Además, el estrés alteraría la funcionalidad de la barrera cutánea y favorecería el inicio o persistencia de trastornos cutáneos inflamatorios a través de la activación epidérmica de la cascada de citoquinas.¹⁸ Se ha demostrado, sin lugar a dudas, que la psoriasis tiene un altísimo impacto en la calidad de vida de los pacientes.¹⁹

La terapéutica de la psoriasis infantil es un desafío para el dermatólogo y demás especialistas. Muchos de los tratamientos sistémicos utilizados en adultos, para formas severas de psoriasis, carecen de estudios y guías de práctica clínica en la edad pediátrica, e incluso no están aprobados por las entidades regulatorias para su uso en pediatría.¹⁷ Afortunadamente, los tratamientos tópicos (corticoides, análogos de la vitamina D, inhibidores de la calcineurina, etc.) suelen ser suficientes para el control de la enfermedad, tal como lo demostró nuestro trabajo. Otra opción terapéutica es la fototerapia, especialmente UVB de banda angosta, que indicamos en el 5% de los casos, por ser efectiva y segura en niños con psoriasis extendida, en quienes los tratamientos tópicos convencionales no fueron suficientes para el control de la enfermedad. Lamentablemente esta modalidad se asocia con dificultades en su realización, debido a la alta frecuencia de las sesiones requeridas, el tiempo que insumen y la necesidad de traslado del paciente.²⁰

Únicamente tres de nuestros pacientes presentaron psoriasis en placas severas con requerimiento de tratamiento sistémico. La droga más usada fue el metotrexate. Dos pacientes lo utilizaron como droga de primera elección, mientras que otro fue rotado a la misma por falta de respuesta terapéutica al acitretín. Desde 1950 el metotrexate ha sido el *gold standard* para el tratamiento de la psoriasis severa. Sin embargo, no existe consenso ni guías de práctica clínica acerca de su uso en pacientes pediátricos. Los efectos adversos más temidos son la mielotoxicidad y la hepatotoxicidad, por lo cual son necesarios controles periódicos estrictos durante su uso. En nuestro caso, ninguno de los tres pacientes presentó efectos adversos severos ni alteraciones en los controles de laboratorio, al igual que en otras publicaciones.²¹

La psoriasis es una patología cutánea relativamente frecuente en la infancia y demanda una especial atención en esta población. Es esencial que tanto los padres como los niños comprendan la historia natural de la enfermedad y aprendan a convivir con ella bajo el seguimiento conjunto de médicos especialistas, pues un médico involucrado y padres contenedores pueden lograr cambios significativos en la calidad de vida y evolución del niño con psoriasis.

Bibliografía

- Hawrot A., Metry D., Theos A., Levy ML. Etanercept for psoriasis in the pediatric population: experience in nine patients, *Pediatr. Dermatol.*, 2006, 23: 67-71.
- Marcoux D., De Prost Y. Pediatric psoriasis Revisited, *J. Cut. Med. Surg.*, 2002, 6: 22-28.
- Lewkowicz D., Gottlieb A.B. Pediatric psoriasis and psoriatic arthritis, *Dermatol. Therapy*, 2004, 17: 364-375.
- De Waard-van der Spek F.B., Oranje A.P. Psoriasis, en J. Harper, A. Oranje, N. Prose, *Textbook of pediatric dermatology*, Vol. 1, 2ª edición, Ed. Blackwell, Oxford, Reino Unido, 2006, 777.
- Fan X., Xiao F., Yang S., Liu J.B. et al. Childhood psoriasis: study of 277 patients from China, *JEADV*, 2007, 21: 762-765.
- Augustin M., Glaeske G., Radtke M., Christophers E. et al. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children, *Br. J. Dermatol.*, 2009, 162: 633-663.
- Kumar B., Jain R., Sandhu K., Kaur I. et al. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India, *Int. J. Dermatol.*, 2004, 43: 654-658.
- Nyfors A., Lemholt K. Psoriasis in children. A short review and a survey of 245 cases, *Br. J. Dermatol.*, 1975, 92: 437.
- Al-Fouzan A.S., Nanda A. A survey of childhood psoriasis in Kuwait, *Pediatr. Dermatol.*, 1994, 11: 116-119.
- Morris A., Rogers M., Fischer G., Williams K. et al. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases, *Pediatr. Dermatol.*, 2001, 18: 188-98.
- Schafer T. Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective, *Dermatology*, 2006, 212: 327-337.
- Faber E., Nall M. The natural history of psoriasis in 5600 patients, *Dermatologica*, 1974, 148: 1-18.
- Nanda A., Kaur S., Kaur I., Kumar B. et al. Childhood psoriasis: an epidemiologic survey of 112 patients, *Pediatr. Dermatol.*, 1990, 7: 19-21.
- Lehman J., Rahil A. Congenital psoriasis: case report and literature review, *Pediatr. Dermatol.*, 2008, 25: 332-338.
- Henriksen L., Zachariae H. Pustular psoriasis and arthritis in congenital psoriasisform erythroderma, *Dermatologica*, 1972, 144: 12-18.
- Mimouni K., Mukameil M., Zeharia A., Mimouni M. et al. Prognosis of infantile seborrheic dermatitis, *J. Pediatr.*, 1995, 127: 744-746.
- Benoit S., Hamm H. Childhood psoriasis, *Clin. Dermatol.*, 2007, 25: 555-562.
- Picardi A., Mazzotti E., Gaetano P., Cattaruzza M.S. et al. Stress, social support, emotional regulation and exacerbation of diffuse plaque psoriasis, *Psychosomatics*, 2005, 46: 556-564.
- Beattie P.E., Lewis-Jones M.S. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin diseases and children with other chronic diseases, *Br. J. Dermatol.*, 2006, 155: 145-151.
- Hawrot A.C., Metry D.W., Theos A.J., Levy M.L. Etanercept for psoriasis in the pediatric population: experience in nine patients, *Pediatr. Dermatol.*, 2006, 23: 67-71.
- Kaur I., Dogra S., Dipankar D., Kanwar A. Systemic methotrexate treatment in childhood psoriasis: further experience in 24 children from India, *Pediatr. Dermatol.*, 2008, 25: 184-188