

Diagnóstico y manejo de la psoriasis en pacientes pediátricos: una revisión narrativa

Diagnosis and management of psoriasis in pediatric patients: a narrative review

Tatiana Elizabeth Zurita Moreno

ORCID: 0000-0002-0193-7802

Universidad Central del Ecuador

Shirley Gabriela Mantilla Naranjo

ORCID: 0000-0002-5710-1537

Centro Médico La Paz, Ecuador

Meribeth Gema López Bailon

ORCID: 0000-0003-2900-4868

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador

Samantha Mishell Ulloa Robalino

ORCID: 0009-0004-7969-8954

Universidad de las Américas, Ecuador

Karla Vanessa Chuquian Pumisacho

ORCID: 0009-0008-7029-6659

Ministerio de Salud Pública, Ecuador

Jimmy Jean Prado Soto

ORCID: 0000-0001-9545-3085

Clínica Guayaquil, Ecuador

Laura Marcela Montalvo Escobar

ORCID: 0009-0005-7172-0122

Centro Médico Ecomed, Ecuador

Yesenia Elizabeth Reimundo Llumiquinga

ORCID: 0009-0002-0296-4084

Universidad Central del Ecuador

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de carácter sistémico que conlleva una considerable carga tanto física como psicológica. Aunque su principal manifestación afecta la piel, está relacionada con múltiples comorbilidades médicas de gravedad. Alrededor de un tercio de los casos de psoriasis total inicia durante la infancia o adolescencia, aunque algunos no son identificados hasta llegar a la adultez. Similar a lo que ocurre en adultos, la psoriasis en la población pediátrica ha mostrado una asociación reciente con condiciones como obesidad, síndrome metabólico, incremento en los percentiles de circunferencia de cintura y anomalías metabólicas observadas en análisis de laboratorio, lo que resalta la importancia de un monitoreo temprano y cambios en el estilo de vida. Asimismo, dado su carácter crónico y el alto riesgo de recaídas frecuentes, la psoriasis impacta significativamente en la calidad de vida de los pacientes, quienes a menudo necesitan tratamientos prolongados. Aunque actualmente se cuenta con diversas opciones terapéuticas para la psoriasis en niños y adolescentes, muchos de los tratamientos basados en nuevos medicamentos biológicos aprobados en adultos aún carecen de investigación en esta población, y no disponemos de un algoritmo bien establecido para guiarlos. Esta revisión tiene como propósito destacar los aspectos más relevantes sobre la epidemiología, la fisiopatología, las manifestaciones clínicas, la evaluación diagnóstica, las comorbilidades y las opciones de tratamiento disponibles para la psoriasis pediátrica.

Palabras clave: Psoriasis, Pediátrico, Epidemiología, Tratamiento sistémico, Tratamiento tópico, Biológicos.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory disease of a systemic nature that carries a considerable burden both physically and psychologically. Although its main manifestation affects the skin, it is related to multiple serious medical comorbidities. About one-third of total psoriasis cases begin during childhood or adolescence, although some are not identified until adulthood. Similar to what occurs in adults, psoriasis in the pediatric population has shown a recent association with conditions such as obesity, metabolic syndrome, increased waist circumference percentiles, and metabolic abnormalities observed in laboratory tests, highlighting the importance of early monitoring and lifestyle changes. Furthermore, given its chronic nature and the high risk of frequent relapses, psoriasis significantly impacts the quality of life of patients, who often require prolonged treatments. Although there are currently various therapeutic options for psoriasis in children and adolescents, many of the treatments based on new biologic drugs approved for adults still lack research in this population, and we do not have a well-established algorithm to guide them. This review aims to highlight the most relevant aspects of the epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, diagnostic evaluation, comorbidities, and available treatment options for pediatric psoriasis.

Keywords: Psoriasis. Pediatric. Epidemiology. Systemic treatment. Topical treatment. Biologics.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta a personas de todas las edades, incluida la población pediátrica. Aunque tradicionalmente se ha asociado más con adultos, se estima que entre el 30 y el 50% de los casos comienzan en la infancia, lo que subraya la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado en esta etapa de la vida. (1) La presentación clínica en niños puede diferir de la observada en adultos, lo que puede dificultar su reconocimiento y tratamiento oportuno. Además, el impacto psicológico y social de la psoriasis en los pacientes pediátricos y sus familias es significativo, lo que resalta la necesidad de un enfoque integral que combine estrategias médicas y de apoyo emocional. El manejo médico de la psoriasis en esta población presenta desafíos específicos, ya que las opciones terapéuticas deben ser cuidadosamente seleccionadas para equilibrar la eficacia del tratamiento con la seguridad a corto y largo plazo. (2)

METODOLOGÍA

Para la realización de la presente revisión narrativa, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos reconocidas como PubMed, Scopus y Web of Science, abarcando publicaciones en español e inglés hasta la fecha de corte de noviembre 2024. Se emplearon términos de búsqueda relacionados con "psoriasis pediátrica", "diagnóstico", "manejo" y "tratamiento", utilizando operadores booleanos para optimizar los resultados. Se incluyeron artículos originales, revisiones previas, guías clínicas y estudios relevantes que aportaran información actualizada y basada en evidencia sobre la temática. La selección de los textos se realizó considerando la relevancia clínica, la calidad metodológica y el enfoque en población pediátrica. Además, se priorizaron fuentes recientes y de alto impacto. La información recopilada fue analizada de manera crítica para sintetizar los hallazgos más relevantes y proporcionar una visión integral del diagnóstico y manejo de esta condición en niños y adolescentes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de origen multifactorial, que se caracteriza por la aparición de placas eritematosas cubiertas de escamas blanquecinas, generalmente en zonas de extensión como codos, rodillas y cuero cabelludo. Aunque su prevalencia es menor en la población pediátrica en comparación con los adultos, su impacto en la calidad de vida de los niños y adolescentes puede ser significativo debido a factores físicos, emocionales y sociales. (1,2)

Epidemiología

La psoriasis es una condición médica relativamente frecuente que afecta a un 1-3% de la población mundial, una cifra que ha mostrado un crecimiento constante durante las últimas cuatro décadas. Su prevalencia presenta una gran variabilidad, influida por factores tanto genéticos como ambientales, tales como la edad, el sexo, la raza, el grupo étnico y la localización geográfica (incluidos el clima y la exposición al sol). Según la edad en la que aparece, se reconocen dos formas principales de psoriasis: el tipo I, de inicio temprano (antes de los 40 años), y el tipo II, de inicio tardío (también previo a los 40 años). El tipo I representa el 70% de los casos y tiene su mayor incidencia entre los 16 y 22 años, mientras que el tipo II alcanza su pico entre los 57 y 60 años. Aproximadamente un tercio de los casos de psoriasis comienzan en la infancia, aunque algunos no se diagnostican hasta la adultez. La media de inicio de la enfermedad abarca edades comprendidas entre los 8 y los 11 años, con una mayor frecuencia durante la segunda década de la vida. (3)

Con respecto al sexo, la proporción entre hombres y mujeres aún no está del todo clara, aunque ciertos estudios limitados indican una leve mayor incidencia en niñas; sin embargo, este patrón no se observa entre los adultos. Los niños caucásicos representan el grupo mayormente afectado en comparación con otras etnias, mostrando también una edad promedio de aparición más temprana, lo que podría vincularse a diferencias genéticas. Asimismo, está documentada una relación entre la incidencia de esta afección y la latitud, con una mayor prevalencia a medida que se aumenta la distancia al ecuador. (4) La presencia de antecedentes familiares positivos de psoriasis es común entre pacientes pediátricos, siendo el 30% de los casos asociados a que un familiar cercano o de primer grado también presente la enfermedad. No obstante, la conexión entre los antecedentes familiares y la edad de inicio permanece incierta, ya que los estudios al respecto han mostrado resultados contradictorios. (5)

Patogénesis

Recientemente se han logrado importantes avances en la comprensión de la patogénesis de la psoriasis. Las respuestas inadecuadas de los sistemas inmunológicos innato y adaptativo, la genética, varios desencadenantes y factores de riesgo desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la psoriasis. (6)

1. Factores genéticos

Los factores genéticos influyen tanto en el desarrollo como en la progresión de la psoriasis. Estudios han revelado que los familiares de primer y segundo grado de pacientes con esta enfermedad tienen hasta cinco veces más riesgo de padecerla. Dentro de esta predisposición, el alelo HLA-Cw6 destaca como el principal factor de susceptibilidad, relacionado con un inicio precoz, fuertes antecedentes familiares y formas extensas de la enfermedad. Además, está vinculado a la psoriasis guttata y exacerbaciones frecuentes por infecciones faríngeas. Más allá de HLA-Cw6, se han identificado cerca de 40 genes asociados, entre ellos aquellos que regulan receptores de interleucinas (IL-12, IL-23), TNFAIP3, TNIP1 y STAT2, esenciales en la actividad de las células T. (6,7)

2. Factores ambientales

Los desencadenantes de la psoriasis están mejor estudiados en adultos que en niños, aunque ambos grupos comparten factores comunes. En pediatría, las infecciones estreptocócicas, especialmente faríngeas o perianales por los grupos A, C y G de estreptococos beta-hemolíticos, son relevantes para iniciar o exacerbar la psoriasis guttata. Se cree que esto ocurre por reactividad cruzada entre antígenos estreptocócicos y células inflamatorias o cutáneas del huésped. Las células T, implicadas en el reconocimiento de proteínas M estreptocócicas y determinantes de queratina, enlazan la amigdalitis con la inflamación. Por tanto, hay evidencia de que la amigdalectomía podría considerarse en psoriasis refractaria vinculada a episodios recurrentes de amigdalitis. (7)

Diversos factores ambientales han sido identificados como desencadenantes, entre ellos: fumar, especialmente relevante en adolescentes y asociado a mayor gravedad de la enfermedad; estrés físico y emocional, con mayor impacto en pacientes pediátricos; lesiones cutáneas o irritantes que provocan el fenómeno de Koebner; y ciertos medicamentos, como el valproato de sodio en niños, medicamentos antiinflamatorios no esteroides, fármacos psiquiátricos, betabloqueantes, antipalúdicos y la suspensión de corticosteroides. (6,7)

Recientemente, se ha detectado una relación entre obesidad y psoriasis infantil, señalando la primera como posible factor de riesgo en el desarrollo de esta condición. Estudios sugieren que la obesidad podría preceder a la enfermedad, ya que en la mayoría de los casos el incremento del índice de masa corporal ocurre antes de su aparición. (8)

3. Inmunopatogénesis

La inmunopatogenia de la psoriasis ha sido objeto de análisis reciente en múltiples publicaciones. No se han encontrado diferencias significativas en los mecanismos patogénicos que distingan la psoriasis en adultos de la psoriasis pediátrica. Se postula que su desarrollo y persistencia derivan de la interacción entre diversas células inmunitarias, incluyendo queratinocitos, células dendríticas y diferentes subgrupos de células T [Th1, Th17 y Th22], así como neutrófilos y mastocitos. Además, el proceso está mediado por la sobreexpresión de varias citoquinas, entre las que destacan IFN- α , IFN- γ , TNF- α , IL-17, IL-20 e IL-22. Estas acciones contribuyen en gran medida a la formación y mantenimiento de las lesiones características de la psoriasis. (8)

Características clínicas

La psoriasis infantil se puede dividir en varios tipos. La distinción se basa principalmente en la forma y el aspecto de las lesiones y los sitios de afectación (figura 1). Sin embargo, su prevalencia y manifestaciones clínicas pueden diferir de los mismos tipos en adultos. (9)

Psoriasis en placas

La psoriasis en placas afecta al 34%–73% de los niños. La placa clásica se caracteriza por ser bien delimitada, eritematosa, hiperpigmentada con escamas plateadas. Los sitios de predilección son similares a los de los adultos, como las superficies extensoras, las rodillas, las nalgas, los codos, el cuero cabelludo y el tronco. Las lesiones se resuelven con

hipopigmentación. Las áreas faciales y anogenitales pueden verse afectadas en los niños. (9)

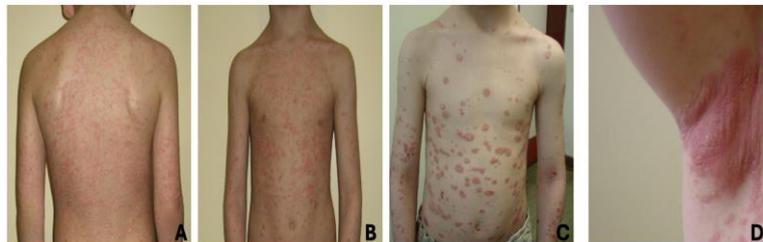
Psoriasis guttata

La psoriasis guttata de inicio agudo tras una faringitis estreptocócica cuenta con limitada evidencia. Se presenta con pápulas y placas eritematosas o violáceas de forma redonda u ovalada, entre 2 mm y 1 cm, a menudo confundidas con liquen plano. Puede progresar a psoriasis en placas crónica, resolverse en 3-4 meses o persistir hasta un año, con recurrencias habituales. (10)

Psoriasis del pañal

La psoriasis del pañal se manifiesta como placas rojas, brillantes y bien definidas en la zona del pañal, incluidos pliegues y región perianal. La descamación suele ser mínima debido a la humedad y puede extenderse. Es importante diferenciarla de la dermatitis del pañal candidiásica con erupción similar. (9,10)

Figura 1. A Y B) Psoriasis en placas. C) Psoriasis guttata. D) Psoriasis inversa



Fuente: obtenido de Relvas, 2017.

Psoriasis pustulosa

Es rara en pediatría, con una prevalencia del 0.6% al 7%. En los niños, las formas más comunes son la psoriasis pustulosa generalizada y la pustulosa anular. El tipo de Von Zumbusch presenta brotes generalizados de pápulas estériles en un fondo eritematoso, acompañados de fiebre. Aunque puede ocurrir a cualquier edad, la psoriasis pustulosa generalizada juvenil puede manifestarse desde el primer año de vida. También se identifican patrones clínicos mixtos. (10,11)

Psoriasis del cuero cabelludo

La psoriasis del cuero cabelludo es frecuente en niños y, según algunos estudios, a menudo constituye su primer signo clínico. En la infancia temprana, debe distinguirse de la dermatitis atópica y seborreica. Las formas graves pueden manifestarse como pitiriasis amiantácea, con escamas gruesas, adherentes y plateadas. (11)

Sub-tipos menos comunes de psoriasis

Las variantes menos comunes de psoriasis incluyen la psoriasis ungueal, la psoriasis palmoplantar, la artritis psoriásica y la psoriasis inversa. La prevalencia general de psoriasis ungueal en niños oscila entre el 20 % y el 40 %. La afectación de las uñas se asocia comúnmente con psoriasis palmoplantar, enfermedad grave y artritis psoriásica. La psoriasis inversa se observa con frecuencia en los bebés y afecta las áreas de flexión e intertriginosas y aparece como un eritema vidriado. La artritis psoriásica puede preceder o seguir a la aparición de la psoriasis cutánea. La artritis psoriásica juvenil se reconoce como una artritis inflamatoria en niños y afecta entre el 0,7% y el 10% de los niños con psoriasis y se observa con mayor frecuencia en el grupo de edad de 9 a 12 años. Los niños más pequeños presentan dactilitis y afectación de articulaciones pequeñas y los niños mayores tienen entesitis y enfermedad de las articulaciones axiales. (10,11)

Se han informado variantes raras en niños como la psoriasis lineal, anular, mucosa o eritrodérmica. La afectación de la lengua se observa en entre el 5% y el 10% de los niños. La glositis migratoria, también llamada lengua geográfica, se asocia con la psoriasis en los niños. Se han descrito pocos informes de psoriasis congénita, pero las características clínicas no se han caracterizado bien. En comparación con la psoriasis infantil, la psoriasis congénita tiene una menor prevalencia de antecedentes familiares y una afectación anatómica diferente. Aunque la patogénesis de la psoriasis y la dermatitis atópica es diferente, se ha descubierto que la psoriasis está asociada con la atopia y la dermatitis atópica. (12)

Diagnóstico

El diagnóstico de psoriasis se basa principalmente en la evaluación clínica y física, priorizando los antecedentes familiares y factores desencadenantes como infecciones, medicamentos o traumatismos. Es esencial inspeccionar la piel, uñas y mucosas. Ante sospechas de infecciones secundarias bacterianas o fúngicas, se deben tomar muestras directas y cultivos. (12)

Las características diagnósticas típicas de la psoriasis incluyen el fenómeno de Koebner, el signo de Auspitz (que consiste en un sangrado puntual tras retirar escamas), la presencia de pigmentación residual tras la resolución de las lesiones y picaduras características en las uñas. Para evaluar tanto la gravedad de la enfermedad como la efectividad del tratamiento, se pueden emplear diversas herramientas. (11,12) Entre ellas, el índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI), considerado el estándar de referencia. Este índice evalúa cuatro parámetros (eritema, grosor, descamación y la extensión del área afectada) en cuatro regiones del cuerpo: cabeza y cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores, generando una puntuación entre 0 y 72. Sin embargo, pese a ser ampliamente reconocido, el PASI presenta limitaciones importantes debido a su complejidad tanto para aplicarlo como para interpretarlo, lo que lo hace menos útil en la práctica clínica cotidiana. (12)

Como alternativa al PASI, médicos suelen recurrir a medidas como la Physician Global Assessment o el cálculo de la superficie corporal afectada, métodos más intuitivos para el día a día. La Physician Global Assessment mide la intensidad del eritema, el grosor y la descamación de las placas cutáneas, generando una media global del cuerpo que arroja valores de 0 a 5, donde 0 indica ausencia de afección y 5 corresponde a los casos más severos. Por su parte, la superficie corporal afectada se calcula como el porcentaje de cuerpo comprometido, empleando como referencia el equivalente al 1% correspondiente al área de la palma, dedos y pulgar del paciente. (13)

En casos dudosos, rara vez se requiere biopsia, y antes de realizarla, es fundamental suspender previamente terapias tópicas para evitar alteraciones en las muestras. Entre los hallazgos histológicos típicos pueden observarse: paraqueratosis, hiperqueratosis, acantosis epidérmica, así como la ausencia o disminución de la capa de células granulares; elongación de las crestas de la rete; edema en la dermis papilar con vasos sanguíneos dilatados; infiltrados inflamatorios linfocíticos perivasculares, y presencia de granulaciones neutrofilicas tanto en la dermis como en la epidermis, las cuales se conocen como microabscesos de Munro o pústulas de Kogoj. (12,13) De manera reciente, la dermatoscopia también se ha considerado una herramienta prometedora para diferenciar entre psoriasis y otras afecciones cutáneas habituales, como la dermatitis, debido a la existencia de características específicas observables en las placas psoriásicas. (14)

Dada la asociación entre la psoriasis y las comorbilidades cardiometabólicas, es crucial detectar y controlar estos factores. En todos los niños con psoriasis, deben evaluarse peso, altura e IMC, incluyéndose, si es necesario, un perfil lipídico, glucosa en ayunas y presión arterial. Las pruebas de laboratorio tienen un rol limitado en el diagnóstico, aunque en casos graves de psoriasis pustulosa generalizada se recomienda realizar hemograma, ionograma y evaluaciones de función renal y hepática debido a posibles anomalías. Ante sospecha de infección estreptocócica, especialmente en psoriasis guttata, se debe tomar un hisopo del área afectada para cultivo, como garganta o región perianal. (13,14)

Diagnóstico diferencial

Algunos casos de psoriasis pueden suponer un verdadero desafío diagnóstico. Se deben tener en cuenta varias afecciones cutáneas inflamatorias y/o infecciosas como diagnóstico diferencial, según el tipo y la localización de la enfermedad. La Tabla 1 resume los principales diagnósticos diferenciales de todos los tipos de psoriasis. (15)

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la psoriasis pediátrica

Tipos de psoriasis	Diagnóstico diferencial
En placas	Dermatitis atópica Dermatitis numular Pitiriasis rubra pilaris Liquen plano Tiña corporis
Del cuero cabelludo	Dermatitis atópica Dermatitis seborreica Liquen planopilaris Tiña de la cabeza
Ungueal	Onicomycosis Liquen plano
De pañal	Dermatitis de contacto alérgica Candidiasis Eritrasma

Guttata	Dermatitis numular Pityriasis rosada Pityriasis rubra pilaris Liquen plano Tiña corporis Sífilis secundaria
Inversa	Dermatitis seborreica Tiña corporis Dermatitis alérgica de contacto Eritrasma Candidiasis Intertrigo bacteriano
Pustulosa	Tiña corporis Dermatitis infectada de contacto o dishidrótica Síndrome de Sweet Síndrome de escaldado estafilocócico Pustulosis exantemática generalizada aguda

Fuente: obtenido de Relvas, 2017.

Tratamiento

El manejo de la psoriasis pediátrica representa un desafío debido a las pocas terapias oficialmente autorizadas, la limitada evidencia respaldada por ensayos controlados aleatorizados, la ausencia de guías estandarizadas y la falta de datos a largo plazo sobre la seguridad de terapias nuevas. (16) Abordar esta condición no solo implica atender al niño, sino también considerar cómo repercute en la calidad de vida de toda la familia. Es esencial adoptar un enfoque integral durante el tratamiento, incluyendo la educación a los padres sobre el carácter crónico de la enfermedad, sus posibles asociaciones sistémicas y las alternativas terapéuticas disponibles. La meta principal del tratamiento es controlar la enfermedad, más que lograr la erradicación total de las lesiones. La evaluación de la gravedad se fundamenta en la proporción de superficie corporal comprometida y cómo impacta la calidad de vida del paciente. (16,17)

Tratamiento tópico

La medicación tópica representa el tratamiento de primera elección para enfermedades limitadas en extensión, además de actuar como complemento en terapias combinadas con medicamentos sistémicos. Es una opción económica, segura y práctica, pero el incumplimiento del tratamiento y la dificultad de aplicación en ciertas áreas del cuerpo pueden representar inconvenientes. Entre los fármacos tópicos utilizados con mayor frecuencia se encuentran los corticosteroides, el ácido salicílico, los análogos de la vitamina D, los inhibidores de la calcineurina y el ditranol; mientras que otros, como el alquitrán de hulla, tienen un uso menos frecuente. (17)

Los esteroides tópicos son la opción más habitual en el tratamiento de la psoriasis pediátrica, ya sea en monoterapia o combinados con agentes queratolíticos. Los esteroides tópicos de alta potencia son recomendados como primera línea de intervención en psoriasis pediátrica. Sin embargo, al prescribir ácido salicílico, se deben tomar precauciones, ya que incluso pequeñas dosis pueden provocar efectos adversos al nivel del sistema nervioso central, renal o dar lugar a salicilismo. (17)

El uso de pomada a base de tacrolimus al 0,03 % y 0,1 % ha reportado cierta eficacia, con tasas de respuesta cercanas al 50 % en zonas del rostro, genitales y áreas intertriginosas en niños. (17) Los análogos de la vitamina D están principalmente recomendados en niños mayores de dos años con psoriasis en placas o en el cuero cabelludo. Un estudio realizado por Oostveen et al. demostró altos niveles de eficacia y seguridad con la combinación de calcipotriol y dipropionato de betametasona para la psoriasis en el cuero cabelludo en un grupo de 73 niños de entre 4 y 17 años, aunque la literatura disponible no respalda que esta terapia combinada tenga un impacto significativo a largo plazo en la población infantil. (18) Por otro lado, cuatro investigaciones evaluaron el éxito del tratamiento con ditranol de aplicación de contacto breve para psoriasis en placas en niños, mostrando una eficacia general del 69,5 %. (19) En el caso de la antralina, se suele emplear en forma de crema al 0,1 %, con aplicaciones diarias de entre 10 y 30 minutos, aumentando gradualmente la concentración hasta llegar a 3 %-4 % siempre que se tolere una leve irritación cutánea. (17)

Fototerapia

La fototerapia también puede aplicarse a niños pequeños si pueden mantenerse en pie dentro de la cámara. La terapia UVB de banda estrecha (NBUVB) (311–313 nm) es la más recomendada y bien tolerada en casos de psoriasis guttata y en placas. Para mayores de 12 años, se permiten los psoralenos con UVA. Aunque efectiva y considerada una terapia de primera línea para afectaciones extensas, existe la barrera del tiempo prolongado de tratamiento y las obligaciones escolares.

La NBUVB se indica en psoriasis moderada (>15%–20% de superficie afectada), psoriasis leve o moderada donde la terapia sistémica esté contraindicada, psoriasis palmoplantar discapacitante o casos con respuesta insuficiente a tratamientos tópicos. (20)

Terapia sistémica no biológica

La terapia sistémica constituye la opción preferida para tratar a niños que presentan afectaciones generalizadas en distintas modalidades de psoriasis, incluida la artropatía psoriásica. Hasta el momento, no se ha establecido un consenso definitivo sobre el esquema óptimo de dosificación ni la duración ideal del tratamiento. La Tabla 2 detalla algunos de los medicamentos sistémicos empleados en la psoriasis pediátrica. Es fundamental administrar estos tratamientos de forma cuidadosa, acompañados de un monitoreo regular para detectar infecciones o efectos de inmunosupresión, además de realizar evaluaciones rutinarias básicas que minimicen los posibles riesgos asociados con estos fármacos. (21)

Tabla 2. Terapia sistémica no biológica en psoriasis pediátrica

Medicamento	Indicación	Dosis
Metotrexate	Psoriasis en placas moderada-grave Artropatía psoriásica	Oral/subcutáneo 0,1-0,4 mg/kg/sem hasta 1,25-5,0 mg/sem Ácido fólico: 5 mg administrados diariamente para minimizar los efectos de de la administración de metotrexato.
Ciclosporina	Psoriasis grave e inestable Psoriasis pustulosa generalizada Psoriasis eritrodérmica	2 – 5 mg/kg/día
Retinoides	Psoriasis eritrodérmica Psoriasis guttata extensa Psoriasis pustulosa	0,3-0,5 mg/kg/día durante las primeras 4 semanas, luego aumentado a 0,5-1,0 mg/kg/día

Fuente: obtenido de Dhar et al, 2022.

Aunque la ciclosporina demuestra una alta eficacia en casos extensos de psoriasis, las recaídas suelen ser frecuentes tras la interrupción de su administración. Por ende, se recomienda utilizarla específicamente en las fases agudas iniciales (parte del manejo de crisis), limitándola a pocas semanas antes de sustituirla progresivamente con otros inmunosupresores. (21). Por otro lado, el metotrexato, que se caracteriza por ser la opción más económica, se posiciona como la terapia de primera línea para la psoriasis guttata y la psoriasis en placas de tipo crónico en población pediátrica. En tanto, la acitretina es el retinoide de uso sistémico más habitual en niños, además de ser la primera elección para abordar la psoriasis pustulosa generalizada. Este medicamento ha mostrado resultados exitosos incluso en lactantes, como un caso de un bebé de tan solo cuatro semanas con psoriasis pustulosa donde no se registraron eventos adversos derivados del tratamiento. (21)

Tratamiento biológico

Los avances en terapias dirigidas han cambiado significativamente el enfoque del manejo de la psoriasis. Los tratamientos biológicos actúan como inmunomoduladores que controlan la inflamación a través de vías celulares específicas, ajustando la señalización celular, el desarrollo de células inmunitarias, su reclutamiento y la apoptosis. Entre los fármacos biológicos destinados al tratamiento de la psoriasis pediátrica, detallados en la Tabla 3, se encuentran etanercept, adalimumab y ustekinumab, los cuales tienen aprobación. (22)

Tabla 3. Medicamentos biológicos aprobados para la psoriasis pediátrica

Medicamento	Edad aprobada	Dosis	Horario
Etanercept	> 4 años	Inyección subcutánea de 0,8 mg/kg o 0,4 mg/kg	Semanal
Ustekinumab	> 12 años	0.75 mg/kg	Semana (0,4) seguida de cada 12 semanas
Adalimumab	> 12 años	24 mg/m ² o 0.8 mg/kg, máximo de 40 mg	Semanal durante las primeras dos semanas, luego cada dos semanas

Fuente: obtenido de Dhar et al, 2022.

Aunque la información sobre el empleo de antagonistas de IL-17A en niños es limitada, existen reporte anecdóticos sobre el uso de secukinumab en adolescentes que padecen deficiencia del antagonista del receptor IL-36. Secukinumab ha evidenciado un perfil prometedor en términos de eficacia y seguridad en pacientes pediátricos menores de un año. Sin embargo, los datos acerca de infliximab en niños son escasos. Apremilast, un inhibidor de la PDE-4, ha resultado beneficioso en algunos casos de psoriasis en placas moderada a grave, aunque aún se necesitan investigaciones más amplias para establecer su seguridad y efectividad en pacientes pediátricos. Entre los efectos secundarios asociados al uso de medicamentos biológicos se han registrado reacciones en el lugar de la inyección, hipersensibilidad, reacciones de infusión y angioedema. (22)

Los inhibidores de la vía JAK-STAT, como tofacitinib, baricitinib y abrocitinib, se han comenzado a estudiar en niños, mostrando buenos resultados en eficacia. No obstante, todavía son necesarias investigaciones a largo plazo para dimensionar completamente su seguridad. De manera específica, el tofacitinib en su presentación tópica sigue en proceso de ensayo para su uso en psoriasis pediátrica. Finalmente, el enfoque basado en la medicina de precisión emerge como el próximo paso innovador en el tratamiento de la psoriasis. (17,22)

Comorbilidades e impacto en la calidad de vida

La psoriasis, al ser una enfermedad inflamatoria sistémica, se asocia a numerosas comorbilidades que han sido ampliamente estudiadas en los últimos años. Muchas de estas, identificadas en adultos, también impactan a pacientes pediátricos. (23)

Las enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico son factores clave para la alta morbilidad en pacientes. Aunque no está formalmente comprobado, se plantea la "marcha psoriásica" como vínculo entre estas condiciones y la psoriasis, sugiriendo que la inflamación sistémica en dicha enfermedad podría generar resistencia a la insulina, disfunción endotelial y, en consecuencia, aterosclerosis, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Estudios indican que los pacientes psoriásicos, especialmente en casos graves, presentan mayor riesgo cardiovascular. A pesar de ello, no hay un hallazgo concluyente entre todos los estudios realizados al respecto. (23)

La psoriasis podría ser un factor de riesgo independiente para el síndrome metabólico, lo que explicaría por qué, pese a controlar el peso y el IMC, los niños psoriásicos tienden a presentar niveles elevados de lípidos en sangre y a desarrollar esta condición. Estos menores suelen mostrar un exceso de adiposidad central, vinculado al estado inflamatorio sistémico de bajo grado causado por las adipocinas. Además, la psoriasis infantil está asociada con otras enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide y la enfermedad de Crohn, que son significativamente más frecuentes en esta población. (23,24)

Hasta un 10% de los niños con psoriasis desarrollan artritis psoriásica, comorbilidad que suele aparecer una década después del inicio de la enfermedad y que, con el tiempo, evoluciona de oligoartritis en pequeñas articulaciones a poliartritis. La dactilitis y las alteraciones ungueales son signos comunes y predictores de esta afección. (25)

El impacto psicológico y la afectación en la calidad de vida también son notables, ya que la conexión entre piel y cerebro acentúa tanto el estrés emocional como el aislamiento social. De hecho, estudios comparativos han demostrado que la psoriasis juvenil genera una carga emocional y social comparable a enfermedades crónicas como diabetes, asma o epilepsia. Por su visibilidad, estas afecciones cutáneas predisponen al acoso, ejerciendo un impacto significativo en la vida de estos pacientes. En la tabla 4, se describen las directrices de monitorización para las comorbilidades en pacientes pediátricos con psoriasis. (25)

Tabla 4. Directrices de monitorización para las comorbilidades en un paciente pediátrico con psoriasis

Comorbilidad	Directrices
Obesidad	Detección de sobrepeso y obesidad mediante criterios de IMC a los dos años de edad
Diabetes tipo 2	Examinar a los niños obesos o con sobrepeso utilizando glucosa sérica en ayunas con factores de riesgo cada tres años a partir de los diez años o al inicio de la pubertad.
Dislipidemia	Evalúe a niños de 9 a 11 años y de 17 a 21 años mediante un panel de lípidos en ayunas De lo contrario: evaluar a los niños con factores de riesgo cardiovascular
Hipertensión	Examen anual a partir de los tres años (tablas de referencia de edad/sexo/altura)
Hígado graso no alcohólico	Evalúe a los niños obesos con sobrepeso y factores de riesgo utilizando ALT a partir de los 9 a 11 años; considere repetir en dos o tres años.
Cambios de humor	Detección anual de depresión y ansiedad independientemente de la edad. Realizar pruebas anuales de abuso de sustancias a partir de los 11 años.

Fuente: obtenido de Dhar et al, 2022.

Finalmente, los padres también pueden verse afectados psicológicamente por la enfermedad de su hijo. Existe una relación entre la gravedad de la enfermedad y la aparición de depresión y ansiedad en los cuidadores. Por ello, el médico debe evaluar el estado psicológico del paciente, el impacto en su calidad de vida y el de su familia, ofreciendo educación a todos. (23,25)

CONCLUSIÓN

En conclusión, el diagnóstico y manejo de la psoriasis en población pediátrica representan un desafío clínico que requiere un enfoque integral y personalizado. La identificación temprana de la enfermedad es crucial para minimizar su impacto en la calidad de vida de los pacientes, especialmente considerando las implicaciones físicas, psicológicas y sociales que conlleva. Los avances en el entendimiento de la fisiopatología de la psoriasis han permitido el desarrollo de terapias más efectivas y seguras, incluyendo opciones tópicas, sistémicas y biológicas. Sin embargo, es fundamental ajustar las estrategias terapéuticas a las características individuales de cada paciente, teniendo en cuenta factores como la edad, la gravedad de la enfermedad y las comorbilidades asociadas. Asimismo, se destaca la importancia de un abordaje multidisciplinario que incluya el apoyo psicosocial y la educación tanto del paciente como de su familia. Finalmente, aunque se han logrado avances significativos, persiste la necesidad de investigaciones adicionales para optimizar las guías clínicas y garantizar un manejo más eficaz y sostenible de esta condición en la población pediátrica.

REFERENCIAS

1. Relvas M, Torres T. Pediatric Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Dec;18(6):797-811. doi: 10.1007/s40257-017-0294-9.
2. Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. *Psoriasis (Auckl)*. 2016 Oct 20;6:121-129. doi: 10.2147/PTT.S87650.
3. Burden-Teh E, Thomas KS, Ratib S, Grindlay D, Adaji E, Murphy R. The epidemiology of childhood psoriasis: a scoping review. *Br J Dermatol*. 2016 Jun;174(6):1242-57. doi: 10.1111/bjd.14507.
4. Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2010 Jun;62(6):979-87. doi: 10.1016/j.jaad.2009.07.029.
5. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Feb;31(2):205-212. doi: 10.1111/jdv.13854.
6. Dhar S, Srinivas SM. Psoriasis in Pediatric Age Group. *Indian J Dermatol*. 2022 Jul-Aug;67(4):374-380. doi: 10.4103/ijd.ijd_570_22.
7. Ogawa K, Okada Y. The current landscape of psoriasis genetics in 2020. *J Dermatol Sci*. 2020 Jul;99(1):2-8. doi: 10.1016/j.jderm.2020.05.008.
8. Kim HO, Kang SY, Kim JC, Park CW, Chung BY. Pediatric Psoriasis: From New Insights into Pathogenesis to Updates on Treatment. *Biomedicines*. 2021 Aug 2;9(8):940. doi: 10.3390/biomedicines9080940.
9. Napolitano M, Balato A, Scalvenzi M, Cirillo T, Gallo L, Ayala F, Balato N. Psoriasis in Children: A Review. *Curr Pediatr Rev*. 2015;11(1):10-26. doi: 10.2174/1573400511666150504125456.
10. Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities. *Paediatr Drugs*. 2015 Oct;17(5):373-84. doi: 10.1007/s40272-015-0137-1.
11. Eichenfield LF, Paller AS, Tom WL, Sugarman J, Hebert AA, Friedlander SF, et al. Pediatric psoriasis: Evolving perspectives. *Pediatr Dermatol*. 2018 Mar;35(2):170-181. doi: 10.1111/pde.13382.
12. Sarkar S, Dhar S, Raychaudhuri SP. Childhood psoriasis: Disease spectrum, comorbidities, and challenges. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2019;20:191-8.
13. Shah KN. Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future. *Am J Clin Dermatol*. 2013 Jun;14(3):195-213. doi: 10.1007/s40257-013-0026-8.
14. Hebert AA, Browning J, Kwong PC, Duarte A, Price HN, Siegfried E. Diagnosis and Management of Pediatric Psoriasis: An Overview for Pediatricians. *J Drugs Dermatol*. 2023 Aug 1;22(8):742-753. doi: 10.36849/jdd.7531.
15. Kang SY, Um JY, Chung BY, Kim JC, Park CW, Kim HO. Differential Diagnosis and Treatment of Itching in Children and Adolescents. *Biomedicines*. 2021 Jul 30;9(8):919. doi: 10.3390/biomedicines9080919.
16. Hebert AA, Browning J, Kwong PC, Duarte AM, Price HN, Siegfried E. Managing pediatric psoriasis: update on treatments and challenges-a review. *J Dermatolog Treat*. 2022 Aug;33(5):2433-2442. doi: 10.1080/09546634.2022.2059051.
17. Tangtatco JAA, Lara-Corrales I. Update in the management of pediatric psoriasis. *Curr Opin Pediatr*. 2017 Aug;29(4):434-442. doi: 10.1097/MOP.0000000000000517.
18. Oostveen AM, de Jong EM, Donders AR, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Treatment of paediatric scalp psoriasis with calcipotriene/betamethasone dipropionate scalp formulation: effectiveness, safety and influence on children's quality of life in daily practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Jun;29(6):1193-7. doi: 10.1111/jdv.12789.

19. Kravvas G, Gholam K. Use of topical therapies for pediatric psoriasis: A systematic review. *Pediatr Dermatol.* 2018 May;35(3):296-302. doi: 10.1111/pde.13422.
20. Wong Y, Koh MJ, Chong WS. Role of Narrowband Ultraviolet B Phototherapy in the Treatment of Childhood Psoriasis in Asian Children. *Pediatr Dermatol.* 2015 Sep-Oct;32(5):e221-3. doi: 10.1111/pde.12632.
21. Sahin G, Aydin F, Pancar Yuksel E. Systemic Treatments in Pediatric Psoriasis: A Retrospective Single-Center Study. *Arch Iran Med.* 2021 Dec 1;24(12):903-909. doi: 10.34172/aim.2021.135.
22. Nikolaishvili M, Di Lernia V. Biological therapies for the treatment of psoriasis in pediatrics. *Expert Opin Biol Ther.* 2023 Jul-Dec;23(12):1219-1226. doi: 10.1080/14712598.2023.2281496.
23. Kittler NW, Cordoro KM. Pediatric Psoriasis Comorbidities. *Skin Therapy Lett.* 2020 Nov;25(5):1-6. PMID: 33196156.
24. Fernández J, Gómez X, Buti M, Betriu A, Sanmartin V, Ortega M, et al. Psoriasis, metabolic syndrome and cardiovascular risk factors. A population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019 Jan;33(1):128-135. doi: 10.1111/jdv.15159.
25. Cruz S, Lei DK, Carr H, Rosenblatt A. The psychosocial impacts of vitiligo, psoriasis, and alopecia areata on pediatric patients. *Dermatol Online J.* 2023 Apr 15;29(2). doi: 10.5070/D329260765.