RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

REPORTES DE CASOS

Psoríasis y artritis psoriásica en la infancia

Milson Brasileiro de Oliveira Gomes[1], Francisco Martins Formiga[2], Marcos Martins Soares Júnior[1], Carla Cristina Braga Maranhão[3], Juliana Dias Pereira de Sousa[4], Esther Bastos Palitot[5]

Palabras-clave:
artritis psoriásica,
niño,
psoriasis.

Resumen

La psoriasis vulgar representa una dermatosis sub-diagnosticada, correspondiendo a aproximadamente el 4% de las dermatosis observadas en pacientes menores de 16 años. La edad de inicio puede caracterizar el cuadro. Tipo I se caracteriza por surgimiento antes de los 40 años, tendencia a volverse generalizada, severa y resistente al tratamiento. El tipo II es de inicio tardío, surge después de los 40 años, raramente hay historia familiar y el curso clínico es benigno. La psoriasis se caracteriza por placas eritemato-escamosas, bien delimitadas, ocasionalmente pruriginosas, en áreas de trauma. La artritis psoriásica presenta cinco tipos de acometimiento: poliartritis simétrica, mono/oligoartritis asimétrica, interfalangeana distal, forma axial y la forma mutiladora. Paciente de 10 años de edad, desde los cinco años refiere surgimiento de lesiones eritemato-escamosas en región palmo-plantar. Se inició el tratamiento con metotrexato, sin embargo no hubo respuesta terapéutica. El paciente evolucionó sin respuesta satisfactoria del cuadro cutáneo y con surgimiento de artropatía psoriásica. Se inició el uso de etanercept, presentando mejora y control de las lesiones cutáneas y síntomas artropáticos después de ocho semanas de uso. La psoriasis es poco relatada en niños. Se estima que un tercio de los casos pueden iniciarse antes de los 16 años de edad y, en aproximadamente el 25% de los niños ocurre antes de los dos años de edad. La psoriasis es una enfermedad que estigmatiza, sin embargo, el seguimiento multiprofesional e integrado son elementos clave para obtención de una mejora. Se vuelve esencial desengañar la psoriasis, posibilitando que la información venga a abolir el prejuicio y el desconocimiento como importantes agravantes de la enfermedad, posibilitando el regreso del paciente al convivio social.

[1] Graduando en Medicina - Académico de la Universidad Federal de la Paraíba.
[2] Médico - Residente de Pediatría de la Universidad Federal de la Paraíba.
[3] Graduanda en Fisioterapia - Académica de la Universidad Estatal de la Paraíba.
[4] Experto en Salud Pública - Enfermera del Centro de Referencia de Apoyo y Tratamiento de la Psoriasis del estado de la Paraíba.
[5] Profesora Maestra en Dermatología de la Universidad Federal de la Paraíba - Coordinadora del Centro de Referencia de Apoyo y Tratamiento de la Psoriasis del estado de la Paraíba.
Dirección:
Milson Brasileiro de Oliveira Gomes.
Centro de Referencia de Apoyo y Tratamiento de la Psoriasis del estado de la Paraíba (Hospital Universitario Lauro Wanderley/Universidad Federal de la Paraíba). Av. Edson Ramalho, nº 811, apto. 403, Manaíra. João Pessoa - PB, Brasil. CEP: 58038-100. E-mail: milsonbrasileiro@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La psoriasis vulgar representa una dermatosis sub diagnosticada y corresponde a aproximadamente el 4% de todas las dermatosis observadas en pacientes menores de 16 anos[1]. La edad de inicio puede caracterizar el cuadro. Tipo I (juvenil) se caracteriza por surgimiento antes de los 40 años de edad, con promedio de edad de inicio a los 20 años, historia familiar positiva, presenta relación con HLA Cw6, tendencia a hacerse generalizada, severa y resistente al tratamiento. El tipo II (adulto) es de inicio tardío, surge después de los 40 años de edad, raramente hay historia familiar, sin relación con HLA y el curso clínico es benigno[2].

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, de base genética que acomete piel y articulaciones, pudiendo afectar a otras áreas del corpo[3]. Entre los factores patogénicos, hay el envolvimiento de anormalidades bioquímicas, inmunológicas y vasculares, factores emocionales, además de alteración inmunológica mediada por la respuesta tipo Th1. El componente genético involucrado en la etiología de la psoriasis se puede evidenciar por estudios sobre la incidencia familiar, incidencia de casos en la prole, grado de concordancia entre gemelos e identidad de antígenos de histocompatibilidad (HLA)[4].

Clínicamente la psoriasis se caracteriza, en la mayoría de las veces, por placas eritemato-escamosas, bien delimitadas, ocasionalmente pruriginosas, en áreas de traumas constantes en la piel (codos, rodillas, región pretibial, cuero cabelludo y región sacra)[3]. Manifestaciones reumáticas son de diez a quince veces más comunes en pacientes con psoriasis que en la población en general[5]. La artritis psoriásica está inclusa dentro del grupo de las espondiloartropatías, clasificándose de acuerdo con el tipo de acometimiento: poliartritis simétrica; mono u oligoartritis asimétrica; interfalángica distal; forma axial, cuando ocurre la espondilitis y/o la sacroileítis; y la forma mutiladora. La artritis es una de las principales complicaciones de la psoriasis, presentándose como un cuadro crónico y poseyendo potencial deformante e incapacitante[3].

La uveítis psoriásica es una forma de uveítis anterior asimétrica que ocurre el 14-17% de los niños con artritis psoriásica juvenil[3]. La uveítis asociada a la psoriasis tiende a ser anterior, bilateral, crónica y recalcitrante. Hay mayor probabilidad de comprometimiento del trato uveal en pacientes con artropatía psoriásica, acometimiento del esqueleto axial y psoriasis pustulosa. La presencia de HLA-B27 se asocia a cuadros más graves[6].

El diagnóstico de la psoriasis se basa en el cuadro clínico del paciente y en el examen histopatológico. Algunos hallazgos clínicos se pueden investigar a través del raspado metódico de Brocq: signo de la bujía (estratificación de las escamas) y el rocío hemorrágico o signo de Auspitz (pequeños puntos de sangrado cuando se retira la escama). El fenómeno de Kobner manifiesta el surgimiento de la dermatosis en áreas de piel sana después de diferentes tipos de trauma local en enfermos acometidos por la enfermedad y genéticamente predispuestos, ocurriendo en aproximadamente 1/3 de los enfermos con psoriasis[4].

El tratamiento de la psoriasis depende de la forma clínica de la enfermedad, de la gravedad y extensión, de la edad, sexo, escolaridad y de las condiciones del paciente, en relación con la salud en general y situación socioeconómica. También se debe tener en cuenta qué la psoriasis representa en el comprometimiento de la calidad de vida del enfermo[3]. En la mayoría de los enfermos pediátricos, la psoriasis puede tratarse con medicaciones tópicas. La fototerapia es opción para casos más extensos y refractarios. La terapia sistémica es reservada para casos graves y extensos, sin control con tratamiento tópico y/o fototerapia[4]. El uso de los inmunobiológicos se reserva, en la mayoría de los casos, a pacientes con psoriasis moderada a grave que hayan presentado falla terapéutica, contraindicación o intolerancia a las terapias tradicionales[3].

CASO CLÍNICO

M.P.B.S., escolar, 10 años, sexo masculino, ingresó en el Centro de Referencia de Apoyo y Tratamiento de la Psoriasis del estado de la Paraíba, ubicado en el Hospital Universitario Lauro Wanderley (HULW/UFPB), relatando que, desde los cinco años de edad, ocurrió el surgimiento de lesiones eritemato escamosas en región palmo plantar, con presencia de puntos hemorrágicos (Figura 1 A-B y Figura 2). El niño no presentaba otras comorbilidades y la historia familiar no reveló casos semejantes o de enfermedades inmunomediadas en la familia.



Figura 1 A-B. Lesiones eritemato escamosas en regiones plantares.

El paciente realizó biopsia de la lesión cutánea de la región plantar izquierda, que evidenció presencia de hiperqueratosis sugestiva de psoriasis. Se inició el tratamiento con metotrexato (MTX), inmunosupresor con efecto antiproliferativo en los queratinócitos, sin embargo no hubo respuesta terapéutica. El paciente evolucionó sin respuesta satisfactoria del cuadro cutáneo y con surgimiento de señales inflamatorios en la rodilla derecha y codos, conducente con artropatía psoriásica asociada, del tipo oligoartritis asimétrica.

El niño fue enviado para evaluación oftalmológica por la posibilidad de uveítis psoriásica, sin embargo no presentó anormalidades.

Después de la realización del protocolo de exámenes para inicio de los inmunobiológicos, se inició el uso de etanercept, inmunobiológico anti-TNF, presentando expresiva mejora y control de las lesiones cutáneas y síntomas artropáticos después de ocho semanas de uso (Figuras 3 y 4). El medicamento ha sido administrado en la dosis de 50mg, cada siete días, por vía subcutánea.



Figura 2. Lesiones eritemato-escamosas en la region palmar.



Figura 3. Regresión de las lesiones planteres.

Antes del tratamiento del cuadro, el adolescente relataba desaliento social con dificultad de relacionarse con sus colegas, habiendo abandonado el convivio escolar por el surgimiento de prejuicio por parte de colegas y profesores, además de eso, con el surgimiento de la artritis ocurrió la imposibilidad física de realizar actividades deportivas típicas de la edad. Después de la realización del tratamiento con el inmunobiológico, el niño regresó a las actividades escolares, ha realizado ejercicios físicos y actividades cotidianas para su edad.

DISCUSIÓN

La psoriasis es poco relatada en niños. Se estima que un tercio de los casos pueden iniciarse antes de los 16 años de edad y, en aproximadamente el 25% de los niños ocurre antes de los



Figura 4. Regresión de las lesiones palmares.

dos años de edad[3]. Cuanto más precoz, más grave tiende a ser la evolución del cuadro. Estudios indican que ambos los géneros son afectados igualmente y que el riesgo de desarrollar psoriasis es mayor cuando uno de los padres o ambos son acometidos[3]. Muchos alelos HLAs se han asociado, específicamente: HLA-Cw6, HLA-Cw5 y HLA-DQ9. Investigaciones han revelado locu de susceptibilidad denominados Psors, ubicado en los cromosomas 6p, 17q, 4q y 1q[4].

En más del 33% de los pacientes, la presentación inicial de la psoriasis ocurre dentro de las primeras dos décadas de vida[7,8]. Los niños presentan las mismas variantes clínicas de la psoriasis observada en adultos, a pesar de que puedan diferir en la distribución, morfología e historia natural[8].

El objetivo del tratamiento farmacológico es la disminución de la extensión de la enfermedad, disminución del eritema, de la infiltración y de la descamación de las placas de psoriasis, además de mantener la remisión del paciente, por largo periodo, evitando las crisis y mejorando la calidad de vida[3]. El uso de medicaciones tópicas tiene la costumbre ser suficiente para el control de las formas leves de la psoriasis. En las formas moderadas a graves, el tratamiento local, cuando asociado a la fototerapia y/o a la terapéutica sistémica, propicia mayor conforto al enfermo, acelera la mejora y minimiza el prurido[4].

El TNF-α es la principal citosina que señala y regula las demás citosinas del proceso inflamatorio. Los inmunobiológicos

anti-TNF actúan bloqueando el factor de necrose tumoral, impidiendo la emisión de los señales necesarios para la propagación de la respuesta inmune, reduciendo la progresión de la enfermedad. Actualmente, el infliximab, el etanercept y el adalimumab son los agentes biológicos aprobados por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria comúnmente utilizados para el tratamiento de pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas que no responden a las terapéuticas convencionales. Esos agentes han sido cada vez más indicados y utilizados en nuestro medio[9].

Las medicaciones sistémicas utilizadas tienen indicación limitada en la infancia, debido a los efectos adversos de las drogas y a la baja aceptación. En el presente relato, el niño presentaba un cuadro grave de psoriasis habiendo iniciado el tratamiento con metotrexato, pero la ausencia de respuesta clínica al inmunosupresor y el agravamiento del cuadro con surgimiento de artritis psoriásica exigió el inicio de la utilización del etanercept, único inmunobiológico con respuesta favorable en niños.

En este relato de caso, se percibe la presencia de la psoriasis tipo I o de inicio precoz, con tendencia a una enfermedad más agresiva, con un curso crónico, recurrente y pronóstico desfavorable. Sin embargo, no se investigó la asociación con HLA-Cw6, así como no había historia familiar positiva para psoriasis o cualquier otra enfermedad inmunomediada. El uso del inmunobiológico anti-TNF posibilitó reducción de la descamación y extensión de la enfermedad, regresión de los síntomas articulares y mejora de la calidad de vida del adolescente.

El desarrollo de la enfermedad merece destaque. El paciente que presenta psoriasis acaba por aislarse, teniendo disminución de la autoestima, dificultad de relacionarse con otras personas, además de la incapacidad inherente al acometimiento articular, en caso de artritis psoriásica, de frecuentar ambientes públicos, realizar actividades cotidianas, actividades físicas, contribuyendo con el desaliento social, rabia, ansiedad y surgimiento de cuadros depresivos[10].

Asociado a los medicamentos se vuelve primordial minimizar la condición psicológica del paciente. En el caso de los niños, debemos certificarnos de que las profesoras de los jóvenes conozcan la enfermedad, pudiendo aclarar a los demás niños sobre la psoriasis. Los padres deben incentivar a los hijos a seguir sus actividades, incluyendo deportes y juegos, ignorando comentarios desagradables que puedan surgir.

La psoriasis es una enfermedad que estigmatiza, sin embargo, el seguimiento multiprofesional e integrado de médicos, enfermeros, psicólogos y fisioterapeutas son elementos clave para obtención de una mejora. Además del seguimiento clínico, se vuelve esencial desengañar la psoriasis, posibilitando que la información venga a abolir el prejuicio y el desconocimiento como importantes agravantes de la enfermedad, posibilitando el regreso del paciente al convivio social.

REFERENCIAS

1. Hogan A. Papulosquamous disease. In: Schachner LA, Hansen RC. Pediatric Dermatology. 3rd ed. Edinburgh: Mosby; 2003. p.643-6.
2. Trujillo IA, Garcia MAD, Delgado BS, Trujillo YA. Patogenia de la psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. Rev Cubana Med. 2001;40(2):122-34.
3. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Consenso Brasileiro de Psoríase 2012. Guias de avaliação e tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro; 2012.
4. Romiti R, Maragno L, Arnone M, Takahashi MDF. Psoríase na infância e na adolescência. An Bras Dermatol. 2009;84(1):9-20. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000100002
5. Carneiro JN, Paula AP, Martins GA. Psoriatic arthritis in patients with psoriasis: evaluation of clinical and epidemiological features in 133 patients followed at the University Hospital of Brasília. An Bras Dermatol. 2012;87(4):539-44. PMID: 22892765 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000400003
6. Fraga NA, Oliveira Mde F, Follador I, Rocha Bde O, Rêgo VR. Psoriasis and uveitis: a literature review. An Bras Dermatol. 2012;87(6):877-83. PMID: 23197207 DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000600009
7. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. Clin Dermatol. 2007;25(6):555-62. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.009
8. Cordoro KM. Management of childhood psoriasis. Adv Dermatol. 2008;24:125-69. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.yadr.2008.09.009
9. Lopes DMA, Pinheiro VGF, Monteiro HSA, Queiroz JAN, Madeira LS, Lopes MMA. Diagnóstico e tratamento da tuberculose latente em pacientes com doenças inflamatórias crônicas e uso de imunobiológicos inibidores do TNF-α. J Bras Pneumol. 2011;37(3):308-16. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000300006
10. Prins M, Krabbe PF, Swinkels QO, de Boo T, van de Kerkhof PC, van der Valk PG. The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. Acta Derm Venereol. 2005;85(4):304-10. PMID: 16191850