



**RESTORADERM**

## Triple Acción

para el cuidado de la piel sensible  
y extremadamente seca.



- **Ayuda a que los niños**  
vuelvan a jugar tranquilos.
- **Restaura**  
la barrera cutánea.
- **Refuerza**  
el sistema natural de la piel.
- **Restablece**  
el equilibrio del microbioma.

Cuidado superior desarrollado  
por especialistas en pieles alérgicas.

# Psoriasis inversa en un paciente pediátrico

*Inverse psoriasis in a pediatric patient*

**Sneider Torres<sup>1</sup>, Verónica Molina<sup>2</sup>, Ana Cristina Ruiz<sup>3</sup>**

- 1. Médico, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
- 2. Médica dermatóloga, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia
- 3. Médica dermatopatóloga, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

## RESUMEN

La psoriasis inversa posee un patrón clínico poco frecuente que puede comprometer de 2 a 6% de los pacientes con psoriasis. El compromiso de los pliegues hace complejo su diagnóstico oportuno, por su similitud con una infección fungica, que siempre debe descartarse. Existen pocos datos epidemiológicos y reportes de caso de este subtipo de psoriasis en la población pediátrica.

Se presenta el caso de una niña de cuatro años de edad con diagnóstico de psoriasis inversa.

**PALABRAS CLAVE:** psoriasis; preescolar; betametasona; vitamina D.

## SUMMARY

Reverse psoriasis is an unusual clinical pattern that affects 2 to 6% of psoriatic patients. The skinfold compromise makes difficult to reach a timely diagnosis due to its similarity to a fungal infection which should always be ruled out. There is little epidemiological data and few case reports about this psoriasis subtype in pediatric population.

We report the case of a 4-year-old girl with reverse psoriasis.

**KEY WORDS:** Psoriasis; children, preschool; betamethasone, vitamin D.

## Correspondencia:

Sneider Alexander Torres

## Email:

sneidertorres07@gmail.com

Recibido: 16/09/2016

Aceptado: 23/03/2017

## Fuentes de financiación:

Ninguna.

## Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica mediada inmunológicamente, que afecta la piel, las uñas y las articulaciones. Se presenta en niños y adultos, con predominio en estos últimos, con una prevalencia estimada de 2,5 a 3 %, en comparación con una de 0,12 a 1,2% en la población infantil<sup>(1,2)</sup>. En un tercio de los pacientes se manifiestan lesiones características de psoriasis antes de los 16,1 años<sup>(3,4)</sup> y el 15% de todos los casos afectan a menores de 10 años<sup>(5)</sup>.

La psoriasis inversa, también llamada intertriginosa o psoriasis de las flexuras o pliegues, es una forma de la enfermedad que se presenta como placas eritematosas con poca o ninguna descamación<sup>(6)</sup> y afecta a 3 a 7 % de todos los casos de psoriasis<sup>(7)</sup>.

## REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente de cuatro años de edad, sin antecedentes de importancia, que presentaba un cuadro clínico de ocho meses de evolución caracterizado por lesiones eritematosas con descamación que se iniciaron en la región posterior del muslo izquierdo. Recibió inicialmente dos ciclos de tratamiento tópico diario de mometasona en crema al 0,1 % en la noche, asociada a una de tacrolimus en crema al 1 %; cada ciclo fue de 20 días continuos separados por 10 días libres de medicación. Durante el periodo terapéutico se observó un adecuado control de las lesiones, con notable mejoría.

Una semana después de la culminación de este tratamiento, la paciente presentó reagudización de las lesiones previas, con extensión a los glúteos, la región interglútea y los pliegues glúteos.

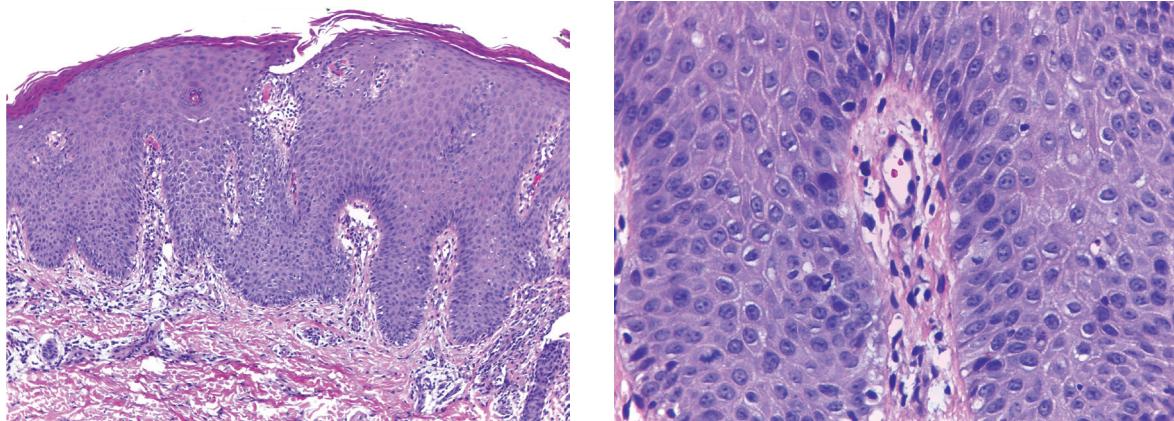
La paciente consultó nuevamente seis meses después debido a inconvenientes con el sistema de salud. En esta ocasión, se observaron placas eritematosas con descamación en los glúteos, la región interglútea y los pliegues glúteos, sin compromiso del área genital ni de otras estructuras corporales (**figuras 1 y 2**).

Ante estas lesiones, se decidió descartar inicialmente una infección fúngica y el examen directo con hidróxido de potasio (KOH) fue negativo. Entonces, se enfocó el diagnóstico en una posible psoriasis inversa y se practicó una biopsia de piel del glúteo izquierdo. En el estudio de histopatología se informó hiperqueratosis y paraqueratosis confluyente, con algunos agregados de polimorfonucleares neutrófilos intracárneos y capa granular atenuada. En la epidermis había hiperplasia importante con zonas irregulares y otras psoriasiformes, con algunos neutrófilos en el estrato espinoso, y en la dermis, leve infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial. Estos hallazgos correspondían a una psoriasis (**figuras 3 y 4**).

Con este resultado, se inició el tratamiento tópico con un análogo de la vitamina D más betametasona dos veces al día durante un mes y emulsión humectante corporal a base de urea dos veces al día. Hubo una



**Figuras 1 y 2.** Placas eritematosas con descamación en glúteos, región interglútea y pliegues glúteos



**Figuras 3 y 4.** Hiperqueratosis y paraqueratosis confluente con agregados de neutrófilos intracórneos , epidermis con hiperplasia importante y dermis con infiltrado linfocitario perivascular. Hematoxilina y eosina,10X y 40X.

buenas reacciones terapéuticas y se logró la resolución de las lesiones.

## DISCUSIÓN

La incidencia de psoriasis en la población pediátrica es de 33,2 por 100.000, aproximadamente. Se ha observado un incremento ostensible en el número de casos en los últimos años: en el periodo de 1970 a 1974, la incidencia fue de 29,6 por 100.000, y en el de 1995 a 1999, fue de 62,7 por 100.000<sup>(7)</sup>.

La presentación clínica de la psoriasis en niños muestra varios subtipos similares a los del adulto; se diferencian, especialmente, por ser lesiones más delgadas, de consistencia más suave, con menos escamas y más pruriginosas<sup>(8)</sup>. Los patrones clínicos en su orden, de más frecuentes a menos frecuentes, son: psoriasis en placas, de cuero cabelludo, en gotas (guttata), de los pliegues (flexural), eritrodérmica pustular y ungual<sup>(9)</sup>. La psoriasis inversa es una presentación clínica rara reportada en 2 a 6 % de los pacientes con psoriasis<sup>(10)</sup>. Se encuentra con mayor frecuencia en la población infantil que en los adultos, y se caracteriza por el compromiso circunscrito en sitios de flexión<sup>(11,12)</sup>, con predominio en el área perianal hasta en 44 % de los casos<sup>(13)</sup>.

Tollefson evaluó la incidencia de la psoriasis en niños y encontró que el compromiso interglúteo y perianal sólo se presentó en 6 % de todos los pacientes<sup>(7)</sup>. Lysell, en un estudio para caracterizar clínicamente la psoriasis en menores de 16 años, encontró la mayor proporción de casos de psoriasis inversa antes de la pubertad<sup>(14)</sup>. Este tipo de psoriasis es difícil de diagnosticar; siempre debe sospecharse ante un caso de dermatitis inflamatoria crónica, de tipo intertrigo candidásico o tiña, que no mejore con el tratamiento antifúngico o cuando la prueba para hongos sea negativa<sup>(15,16)</sup>.

La psoriasis inversa también es difícil de tratar y representa todo un reto debido a que no mejora con el tratamiento convencional<sup>(17)</sup>. La recomendación terapéutica de la American Academy of Dermatology es, como primera línea, corticoesteroides de baja a mediana potencia durante un curso corto (2 a 4 semanas) y, como tratamiento a largo plazo, análogos de la vitamina D (calcipotriol) o inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, pimecrolimus), con el fin de minimizar los efectos adversos del uso prolongado de esteroides<sup>(18)</sup>. La seguridad de estos medicamentos ha sido probada en varios estudios<sup>(19,20)</sup>.

## REFERENCIAS

1. 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;17:373-84.
2. Moustou AE, Kakourou T, Masouri S, Alexopoulos A, Sachlas A, Antoniou C. Childhood and adolescent psoriasis in Greece a retrospective analysis of 842 patients. *Int J Dermatol.* 2014;53:1447-53..
3. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol.* 2010;162:633-6.
4. Pootrakul L, Kalb RE. The management of psoriasis in children and adolescents. *G Ital Dermatol Venereol.* 2010;145:259-68.
5. Beylot C, Puissant A, Bioulac P, Saurat JH, Pringuet R, Doutre MS. Particular clinical features of psoriasis in infants and children. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1979;87:95-7.
6. Joham E, James E. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AM, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* New York: McGraw Hill Medicine; 2007. p. 169-94.
7. Wang G, Li C, Gao T, Liu Y. Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: A hospital-based study. *Eur J Dermatol.* 2005;15:176-8.
8. Dogra S, Kaur I. Childhood psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76:357-65.
9. Stefanaki C, Lagogianni E, Kontochristopoulos G, Verra P, Barkas G, Katsambas A, et al. Psoriasis in children: A retrospective analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:417-21.
10. Duweb GA, Eldebani S, Alhaddar J. Calcipotriol cream in the treatment of flexural psoriasis. *Int J Tissue React.* 2003;25:127-30.
11. Wang G, Li C, Gao T, Liu Y. Clinical analysis of 48 cases of inverse psoriasis: A hospital-based study. *Eur J Dermatol.* 2005;15:176-8.
12. Benoit S, Henning H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:555-62.
13. Farber EL, Nall MA. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica.* 1974;148:1-18.
14. Lysell J, Tessma M, Nikamo P, Wahlgren CF, Stahle M. Clinical characterisation at onset of childhood psoriasis - a cross sectional study in Sweden. *Acta Derm Venereol.* 2015;95:457-61.
15. Zampetti A, Tiberi S. Inverse psoriasis. *Clin Med.* 2015;15:311.
16. Wilmer EN, Hatch RL. Resistant 'candidal intertrigo': Could inverse psoriasis be the true culprit? *J Am Board Fam Med.* 2013;26:211-4.
17. Syed ZU, Khachemoune A. Inverse psoriasis: Case presentation and review. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12:143-6.
18. Kalb RE, Bagel J, Korman NJ, Lebwohl MG, Young M, Horn EJ, et al. Treatment of intertriginous psoriasis: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:120-4.
19. Kreuter, Sommer A, Hyun J, Bräutigam M, Brockmeyer NH, Altmeyer P, et al. 1% pimecrolimus, 0.005% calcipotriol, and 0.1% betamethasone in the treatment of intertriginous psoriasis: A double-blind, randomized controlled study. *Arch Dermatol.* 2006;142:1138-43.
20. Travis LB, Silverberg NB. Psoriasis in infancy: therapy with calcipotriene ointment. *Cutis.* 2001;68:341-4.