



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Características clínico-epidemiológicas y tratamiento de la psoriasis palmoplantar en niños argentinos

Clinical-epidemiological characteristics and treatment of palmoplantar psoriasis in Argentine children

Sr. Director,

La psoriasis palmoplantar (PP) es una variante localizada de la psoriasis¹, y la prevalencia en niños se estima entre el 1,6% a 18,5%². La PP puede aparecer aislada o como una manifestación de psoriasis en otras áreas del cuerpo. Se puede clasificar en tres tipos clínicos principales: psoriasis en placas palmoplantar, pustulosis palmoplantar y acrodermatitis continua de Hallopeau². Las lesiones se caracterizan por ser placas eritematosas delimitadas con bordes bien definidos y con una escama gruesa blanco-amarillenta³. También se pueden acompañar de manifestaciones extracutáneas (cambios en las uñas y artritis en los dedos afectados)³.

Aunque la superficie corporal afectada suele ser pequeña, pues se localiza principalmente en las palmas y plantas, se la considera una variante clínica grave. Las fisuras, el endurecimiento del tejido y la hiperqueratosis afectan las actividades de la vida diaria de los pacientes y son difíciles de tratar⁴. El objetivo del estudio fue describir los aspectos clínico-epidemiológicos y tratamiento de la PP en niños.

Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de PP atendidos en la consulta ambulatoria entre enero del 2001 a febrero del 2022, en el Hospital Ramos Mejía y Hospital Alemán (Buenos Aires, Argentina). Se incluyeron a 13 pacientes. La mediana de edad fue de 7,7 años (rango de cinco a 12 años). La media del tiempo del diagnóstico fue de 1,5 años y fue más frecuente en las mujeres (tabla 1). Siete pacientes presentaron antecedentes familiares de psoriasis. Todos presentaron la variedad en placas hiperqueratósicas y compromiso de palmas y plantas de manera bilateral y simétrico (fig. 1). Ocho pacientes manifestaron lesiones en otras localizaciones como las extremidades, cuero cabelludo

Tabla 1 Características de los pacientes con psoriasis palmoplantar en niños argentinos

Características	n (%)
Sexo	
Femenino	8 (61,5)
Masculino	5 (38,5)
Edad	
5 a 7 años	5 (38,5)
8 a 10 años	5 (38,5)
11 a 12 años	3 (23,1)
Antecedente familiar de psoriasis	7 (53,8)
Tipo de psoriasis palmoplantar	
Placas hiperqueratósicas	13 (100,0)
Compromiso de manos y pies	13 (100,0)
Lesiones en otras localizaciones	8 (61,5)
Compromiso de uñas	9 (69,2)
Compromiso articular	3 (23,1)
Comorbilidades	
Ninguna	11 (76,9)
Atopia	2 (15,4)
Hipotiroidismo congénito	1 (7,7)
Biopsia	
Psoriasis	8 (61,5)
Otro tipo de dermatitis	3 (23,1)
No se realizó biopsia	2 (15,4)
Tratamiento*	
Metotrexato	6 (46,1)
Retinoides (acitretina, isotretinoína)	2 (15,4)
Biológicos	3 (23,0)
Tópico	13 (100,0)
Fototerapia	2 (15,4)

* Más de un paciente recibió alguno de los tratamientos.
Fuente: historias clínicas de los pacientes.

y genitales. En nueve se encontraron cambios en las uñas: «hoyuelos», cambios de coloración, estrías longitudinales, distrofia y onicólisis. Un total de 11 pacientes requirieron del estudio histopatológico, el mismo confirmó psoriasis en ocho casos y en tres de ellos se describió dermatitis inespecífica. En los dos restantes no se requirió biopsia porque el diagnóstico clínico era característico y tenían lesiones en otras

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.01.026>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: P.C. Luna, R.A. Pérez-Córdova, M.E. Abad et al., Características clínico-epidemiológicas y tratamiento de la psoriasis palmoplantar en niños argentinos, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.01.026>



Figura 1 A) Placa eritematoescamosa con costras hemáticas y fisuras en las palmas y los dedos de ambas manos. B) Placas queratósicas blanco-amarillentas en las plantas y los dedos de ambos pies con fisuras y costras hemáticas. C) Placas queratósicas blanco-amarillentas en las plantas que se extienden hacia los dedos con presencia de fisuras. D) Placas queratósicas blanquecinas en las palmas y los dedos con presencia de fisuras y costras hemáticas. E) Placa eritematodescamativa en la región distal del primer dedo de la mano izquierda con fisuras y compromiso periungueal y ungueal (cambio de coloración, estrías longitudinales, hoyuelos y distrofia ungueal).

51 localizaciones. El tratamiento de inicio en todos fue tópico,
52 y al no evidenciar mejoría clínica, se utilizaron tratamientos
53 alternativos como metotrexato, acitretina e isotretinoína
54 (tabla 1). Solo tres pacientes que no mejoraron con el tra-
55 tamiento previo requirieron tratamiento biológico (uno con
56 infliximab y dos con etarnecept) y dos utilizaron fototerapia
57 en tratamiento conjunto, con metotrexato (uno) y con
58 tratamiento tópico (uno).

59 En nuestro trabajo, más de la mitad de los pacientes pre-
60 sentaron compromiso en uñas, superior a lo reportado en
61 otro estudio 31%³, esto puede ser explicado por la afecta-
62 ción en las zonas distales de los dedos extendiéndose hacia
63 áreas periungueales conllevando desde distrofia hasta el
64 desprendimiento completo de la uña⁴. El compromiso de
65 las uñas ha sido el indicador clínico más importante para
66 la predicción de artritis psoriásica en pacientes adultos⁶;
67 sin embargo, no se han encontrado estudios en niños que
68 vinculen esa relación y en nuestra serie solo tres pacientes
69 presentaron compromiso articular confirmado con cambios
70 radiológicos.

71 Las escalas habituales de estadificación por severidad
72 como el Índice de la severidad del área de Psoriasis (PASI)
73 o el área de superficie corporal (BSA) son de escasa utili-
74 dad cuando la psoriasis está limitada a las manos y los
75 pies porque, según los valores obtenidos por estas esca-
76 las, la severidad nunca sería mayor que leve (BSA < 5%); sin
77 embargo, el deterioro funcional importante hace necesari-
78 o considerarlo como severo⁷. Amode et al., describieron
como severa la enfermedad, cuando requirió fototerapia o

tratamiento sistémico². Por esta razón existen escalas espe-
cíficas como la escala de medición de severidad específica
de PP (PPPASI), pero es poco utilizada en la práctica dia-
ria. De los 13 pacientes de nuestra serie, solo uno recibió
tratamiento exclusivamente tópico, lo que demuestra la
tendencia a considerar que la PP es una enfermedad de
moderada a severa en casi todos los pacientes, aunque
el PASI y el BSA puedan ser bajos, porque el compromiso
funcional, el dolor y la molestia estética son sumamente
relevantes en esta población.

No existen al momento guías específicas de tratamiento
de esta variante de psoriasis en la población pediátrica, por
lo que la terapéutica se decide en función de la extensión,
tiempo de enfermedad y deterioro funcional.

En conclusión, la PP fue más frecuente en mujeres y en
aquellos que tienen antecedentes familiares de psoriasis. El
tratamiento de primera línea usado fue el tópico seguido
del metotrexato o retinoides, debido a la severidad del cua-
dro. Solo tres pacientes requirieron el uso de biológicos. Es
muy importante considerar a la PP como una variante grave
incluso en esta población y comprender la necesidad de tra-
tamiento acorde a la severidad para no retrasar el inicio del
mismo y de esa manera favorecer la mejoría de nuestros
pacientes.

Financiamiento

El presente estudio ha sido autofinanciado.

104 **Contribuciones de autoría**

105 Todos los autores participaron en el planteamiento del estudio.
106 Todos realizaron los trámites para obtener los datos.
107 Todos los autores participaron en la redacción del manuscrito
108 y aprobaron su versión final.

109 **Conflictos de interés**

110 Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

111 **Bibliografía**

- 112 1. Farley E, Masrouf S, McKey J, Menter A. Palmoplantar psoriasis: a phenotypical and clinical review with introduction of
113 a new quality-of-life assessment tool. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:1024-31.
114
115 2. Amode R, Hadj-Rabia S, Bursztejn AC, Phan A, Boralevi F, Droitcourt C, et al. Palmoplantar psoriasis, a frequent and severe
116 clinical type of psoriasis in children. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2016;30:1390-2.
117
118

- 119 3. Albin S, Castelo-Soccio L. Picture of the month. Palmoplantar psoriasis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166:377-9. 120
121 4. Engin B, Aşkın Ö, Tüzün Y. Palmoplantar psoriasis. *Clin Dermatol.* 2017;35:19-27. 122
123 5. Kumar B, Jain R, Sandhu K, Kaur I, Handa S. Epidemiology of childhood psoriasis: a study of 419 patients from northern India. *Int J Dermatol.* 2004;43:654-8. 124
125 6. Relvas M, Torres T. Pediatric Psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18:797-811. 126
127 7. Talat H, Majeed S, Wahid Z, Siddiqui S. Patterns of psoriasis in pediatric age group. *J Pak Assoc Dermatol.* 2016;26:129-33. 128
129

P.C. Luna ^a, R.A. Pérez-Córdova ^{b,*}, M.E. Abad ^{a,c}, **Q1**
A. Almassio ^c, N. Atamari-Anahui ^b y M. Larralde ^{a,c}

^a *Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina* **Q3**

^b *Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña, Lima, Perú*

^c *Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosarely87@gmail.com

(R.A. Pérez-Córdova). 130
131
132