

Dermatosis eritematoescamosas

M. del Pilar Valdés A.¹

Las dermatosis eritematoescamosas corresponden a enfermedades inflamatorias de la piel caracterizadas por presentar placas eritemato descamativas, son múltiples y en el presente artículo nos abocaremos a las más frecuentes.

PSORIASIS INFANTIL

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que se ve tanto en adultos como en niños. Se caracteriza por presentar placas eritemato descamativas bien circunscritas, simétricas a ambos lados del cuerpo. La incidencia es de alrededor de 1-3% de la población mundial.

La forma de herencia es discutida siendo probablemente multifactorial, siguiendo un patrón autosómico recesivo. HLA tipo Cw6 y DR7 han sido relacionados con psoriasis de inicio precoz y HLA-Cw2 a aquella de inicio tardío. Sin embargo, la tipificación HLA no puede ser utilizada para diagnosticar psoriasis, ni tampoco para consejo genético en familias psoriáticas. Treinta por ciento de los psoriáticos tienen antecedentes familiares de la enfermedad, en niños psoriáticos este antecedente se presenta en un 58%. Si uno de los progenitores tiene psoriasis el riesgo de tener un hijo con la enfermedad es de un 25%, si ambos padres la tienen sube a un 60-70%. Si ninguno de los progenitores la tiene y un hijo presenta la patología, el riesgo de tener un segundo hijo con psoriasis es de 25%.

Es frecuente su inicio en la infancia. Incluso hay casos descritos en recién nacidos. En adultos la frecuencia es igual en hombres y mujeres, sin embargo, en niños europeos y kuwaities es dos veces más frecuente en el sexo femenino, no así en la

India donde se mantiene el mismo patrón de los adultos.

La etiología aún no está totalmente aclarada; existiría un trasfondo genético, siendo el cuadro gatillado por factores ambientales, infecciones y stress. Hay una alteración en la regulación de la multiplicación celular epidérmica mediada por el sistema inmune llevando a un acortamiento del ciclo celular de 21 a 3 días.

La histopatología es característica en piel no tratada: existe hiperqueratosis, paraqueratosis, agranulosis, papilomatosis y acantosis, en el estrato córneo existen acúmulos de PMN (microabscesos de Munro) y en el dermis hay infiltrado mononuclear y dilatación de los capilares.

Las placas se localizan frecuentemente en los niños, en cuero cabelludo, cara, zona del pañal, genitales, codos, rodillas y región lumbo-sacra. Suelen ser más pruriginosas y menos gruesas que las de los adultos. Las lesiones psoriáticas en los niños son idénticas a aquellas vistas en adultos, encontrándose todos los subtipos clínicos. La psoriasis en placa es la forma clínica más frecuente en la infancia; el cuero cabelludo es el sitio más frecuente de compromiso, y es el sitio de inicio del cuadro en un 40 a 60% en menores de 20 años. Se caracteriza por placas que pueden tener una escama muy gruesa y adherente y en ocasiones sobrepasan el borde de implantación del cuero cabelludo llegando a comprometer la frente y zonas pre- y retro-auriculares. La psoriasis del cuero cabelludo puede ser confundida con una tiña capitis, dermatitis seborreica, o dermatitis atópica. La psoriasis de la zona del pañal puede ser la forma de presentación inicial de una psoriasis infantil y puede confundirse con una candidiasis o con una dermatitis de contacto irritativa.

1. Médico, Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

La psoriasis guttata es la segunda forma más frecuente de presentación clínica. Se caracteriza por la aparición en forma eruptiva de múltiples pacas de 2 a 10 mm de diámetro. Se relaciona en dos tercios de los casos a infecciones del tracto respiratorio superior 1 a 3 semanas antes del brote.

Las formas artropáticas, eritrodérmicas, pustulosa son poco frecuentes en niños y el compromiso ungüeal se ve en el 40%.

Los estímulos traumáticos tales como rasguños, fricción por pañales o ropa apretada o áspera, quemaduras solares intensas, irritaciones por sustancias de uso tópico, reacciones medicamentosas pueden gatillar o agravar una psoriasis en una persona predispuesta (fenómeno de Koebner). Por otra parte, algunos medicamentos (litio, antiinflamatorios no esteroideos, bloqueadores beta-adrenérgicos, tetraciclinas y otros), el stress psicológico y las épocas frías del año se relacionan con exacerbaciones de la enfermedad.

Las infecciones son factores gatillantes en 45% de los niños psoriáticos y deben investigarse posibles focos acuciosamente. La relación más frecuente es con infecciones estreptocócicas faríngeas, sin embargo, deben descartarse focos perianales, sinusales, dentales, tinea pedis y otros. La tonsilectomía ha sido una terapia útil, aunque controversial, en pacientes en los cuales existe una clara y documentada relación entre amigdalitis estreptocócica y brotes de psoriasis.

Tomando en cuenta que la psoriasis en los niños es relativamente "benigna" el tratamiento debe ser conservador. Es fundamental una buena relación médico-paciente-padres para así poder dilucidar si existen factores familiares, sociales o escolares que pudieran estar gatillando la enfermedad. Debe educarse al paciente y sus padres en cuanto a la necesidad de evitar traumatismos. Por otra parte, deben investigarse infecciones subyacentes y tratarlas si esto procede.

El siguiente paso consiste en una lubricación frecuente y a permanencia aunque el paciente esté sin lesiones. Debe tratarse el prurito con antihistamínicos adecuados y así evitar el grataje que puede perpetuar las lesiones. La luz ultravioleta tiene un efecto benéfico en la mayoría de los psoriáticos, por lo tanto, la exposición solar juiciosa puede ayudar a los pacientes.

El uso de emolientes con ácido salicílico

o con alquitrán de hulla es útil en los casos leves o moderados. Los derivados de la vitamina D en sus formas de ungüento o crema son otra alternativa, se debe recordar que es potencialmente irritante y de mayor costo. Los corticoides tópicos son útiles, se recomienda usar los de baja potencia y por el menor tiempo posible; tienen el inconveniente de causar atrofia cutánea y su uso en grandes extensiones o por tiempos prolongados tiene los efectos sistémicos adversos por todos conocidos. En placas recalcitrantes, la antralina al 0,1-1% en la modalidad de contacto corto puede aliviar al paciente y requiere de sólo una hora diaria dedicada al tratamiento.

Para la psoriasis de cuero cabelludo el ideal es aplicar un emoliente con ácido salicílico en la noche y al día siguiente lavar el cuero cabelludo con un champú alquitranado masajeando suavemente para soltar la escama. Pueden además agregarse lociones con corticoides o con derivados de la vitamina D una vez removida la escama.

En casos resistentes a las terapias antes descritas, el uso de LUV-B sola o en combinación con alquitrán de hulla (Sistema Goeckerman) tiene gran utilidad. Últimamente la UVB de banda angosta ha demostrado ser eficaz.

Para los casos extensos y de difícil manejo se ha reservado el uso de retinoides orales (etretinato y acitretin) y metotrexato. La PUVA-terapia se utiliza en pacientes mayores de 12 años por su potencial onco-genético a nivel de piel. La experiencia actual con ciclosporina es con adultos. Los esteroides sistémicos están contraindicados en el tratamiento de la psoriasis.

Por último es importante recalcar la labor educativa del médico, tanto de los pacientes psoriáticos, sus familiares, como de el resto de la población. Así se podrá evitar que los psoriáticos sean frecuente blanco de bromas y/o rechazo, en general por ignorancia, generando en los pacientes actitudes de introversión u hostilidad lo cual no favorece su cura. El pronóstico es impredecible y variable.

DERMATIS SEBORREICA DE LA INFANCIA (DS)

Esta es un trastorno muy frecuente en el niño, aunque también afecta a adultos. Se

presenta en áreas de la piel ricas en folículos sebáceos (cuero cabelludo, pliegues, región glúteo-genital) y puede asociarse a un aumento en la producción de sebo.

Afecta al 2 a 5% de la población general, levemente más frecuente en los varones. Se presenta en dos grupos etáreos: dentro de los 3 primeros meses de vida (el 50% se presenta antes de la quinta semana) y alrededor de la cuarta a séptima década de la vida. Actualmente presenta un notable aumento de su incidencia, fundamentalmente a expensas de pacientes con síndromes de inmunodeficiencia adquirida.

Su etiología es desconocida, pero existen algunos elementos que han sido considerados en su patogenia como son disfunción de glándulas sebáceas, efectos microbianos, alteraciones bioquímicas e inmunológicas. La disfunción de glándulas sebáceas se ha planteado ya que la actividad de la DS sigue el mismo curso de la actividad de las glándulas sebáceas en el RN y en la pubertad, en ellos existen glándulas grandes con alta velocidad de producción de sebo, lo que en los adultos esto no se cumple; sin embargo, no en todos los casos de DS existe una producción aumentada de sebo. Respecto de los efectos microbianos, se ha encontrado que *Pitirosporum Ovale* constituye el 86% de la microflora del cuero cabelludo de los pacientes con DS comparativamente mayor que el 46% encontrado en personas sin DS; a la vez existen trabajos que avalan el uso de ketoconazol tópico o sistémico con buenos resultados en el tratamiento, y otros que revelan frecuente presencia de *Candida Albicans* en muestras de lesiones de DS y en materia fecal de lactantes con DS. La DS se asocia también a pacientes con inmunodeficiencia, sin embargo, cabe la duda si efectivamente hay una relación causa/efecto o se trata de sobreinfección. Por otra parte, pacientes con enfermedad de Parkinson presentan una alta incidencia de DS asociado a un aumento en la producción de sebo; en ellos existiría alguna alteración a nivel de la vía dopaminérgica. Existe también relación de la DS con una reacción de autoinmunidad determinada (alergia a alimentos, autoinmunidad a la escama epidérmica, al *P. Ovale*, etc) que sería secundaria a un defecto en la inmunidad celular. La DS no presenta una histología diagnóstica.

Desde el punto de vista clínico, las primeras manifestaciones aparecen en los primeros meses de vida, entre el período de RN y los 3 meses de vida para desaparecer alrededor de los 8 meses. Puede reaparecer en el período de adolescencia, edad adulta o vejez. Aunque la DS infantil guarda similitudes con la DS del adolescente y del adulto, ella carece de lesiones foliculares y de seborrea evidente, conformando una entidad nosológica diferente. La DS se presenta como una dermatitis eritematosa no eccematosa que compromete principalmente cuero cabelludo y pliegues intertriginosos, con escamas y costras de aspecto grasoso. Afecta también otras áreas como centro de la cara, tórax y cuello.

Las manifestaciones en el cuero cabelludo son lesiones muy características y con el sitio más frecuente de inicio de la patología. Las regiones frontal y parietal están cubiertas por una costra de aspecto graso, gruesa y a menudo fisurada (Costra láctea); posteriormente el enrojecimiento aumenta y las áreas descarnadas forman placas de contorno definido. Las lesiones en zona del pañal, son escamas delgadas seca o placas redondeadas u ovaladas bien delimitadas cubiertas por gruesas costras oleosas café-amarillentas. En otras localizaciones, las lesiones son eritematosas con escamas oleosas color salmón y pueden comprometer áreas intertriginosas, pliegues retroauriculares, cejas, tronco, ombligo y área anogenital.

El diagnóstico diferencial en el cuero cabelludo, es con psoriasis, dermatitis atópica, impétigo y tiña; en CAE psoriasis y dermatitis de contacto alérgica. En la cara, con rosácea, dermatitis de contacto, psoriasis e impétigo; en tórax y espalda con psoriasis, pitiriasis rosada de Gubert y pitiriasis versicolor. Finalmente en párpados con dermatitis atópica y psoriasis.

El tratamiento en general es tópico salvo para casos refractarios. En cuero cabelludo, desprendimiento de costras con Ac. Salicílico al 3-5% en aceite de oliva, vaselina o base hidrosoluble; corticoides de baja potencia en crema o loción por períodos cortos (hidrocortisona), lubricación frecuente, champú keratolítico o de Ketoconazol (2 veces/semana). En áreas intertriginosas lociones desecantes (clioquinol al 0,2-0,5% en loción, óxido de zinc y si existe candidiasis sobreagregada, nistatina en crema.

La dermatitis seborreica es de buen pronóstico, generalmente regresa, aún sin tratamiento, alrededor de los 8 meses. Puede recurrir sobretodo en la pubertad siendo rápidamente tratables con terapia tópica.

Las complicaciones más frecuentes son sobreinfección con *Candida albicans* o bacterias (*Staphylococcus aureus*) especialmente en áreas intertriginosas y la enfermedad de Leiner caracterizada por enrojecimiento descamativo universal de la piel que puede asociarse a anemia, diarrea y vómitos en lactantes menores.

REFERENCIAS

- 1.- Hurwitz S: Clinical pediatric dermatology. 2nd ed. WB Saunders, USA 1993; 62: 105-16.
- 2.- Farber EM, Jacobs AH: Infantile psoriasis. Am J Dis Child 1977; 131: 1266.
- 3.- Farber EM, Mutlen RH, Jacobs AH, et al: Infantile psoriasis: a follow-up study. Pediatr Dermatol 1986; 3:237.
- 4.- Nyfors A, Lemholt K: Psoriasis in children. Br J Dermatol 1975; 92: 437.
- 5.- Sánchez L: Psoriasis. Actualidades Médicas Publicaciones. Santiago, Chile, 1999.