

Psoriasis del área del pañal: revisión de la literatura

Diaper area psoriasis: literature review

Psoríase da região das fraldas: revisão da literatura

Inés Sosa¹, Patricia Kutscher², Agustina Acosta³, Mariela Álvarez⁴

Resumen

Las dermatitis del área del pañal constituyen un grupo de enfermedades que engloba variadas etiologías con presentaciones clínicas muy similares, por lo que a veces resulta complejo el análisis de éstas. Dentro de ellas, encontramos la psoriasis del área del pañal, una forma de presentación característica de lactantes y niños pequeños. En este artículo realizamos una revisión de la literatura actual disponible sobre la psoriasis del área del pañal, haciendo hincapié en la presentación clínica y manejo. Nombraremos también algunos aspectos clínicos característicos de las otras causas de dermatitis del pañal, para poder diferenciarla de ellas.

Palabras clave: Dermatitis del Pañal
Psoriasis

Summary

Diaper area dermatitis encompasses a group of diseases with diverse etiologies and very similar clinical presentations, making their analysis sometimes complex. Among them is diaper psoriasis, a characteristic presentation in infants and young children. In this article, we conducted a review of the current literature available on diaper psoriasis, emphasizing its clinical presentation and management. We will also mention some characteristic clinical aspects of other causes of diaper dermatitis in order to differentiate them.

Key words: Diaper Rash
Psoriasis

Resumo

As dermatites da zona das fraldas constituem um grupo de doenças que engloba diversas etiologias com apresentações clínicas muito semelhantes, razão pela qual a sua análise é por vezes complexa. Entre eles encontramos a psoríase na região das fraldas, apresentação característica de bebês e crianças pequenas. Neste artigo revisamos a literatura atual disponível sobre psoríase na região das fraldas, enfatizando sua apresentação clínica e manejo. Também nomearemos alguns aspectos clínicos característicos das demais causas de dermatite das fraldas para diferenciá-la delas.

Palavras chave: Dermate das Fraldas
Psoríase

1. Posgrado. Cátedra Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Asist. Cátedra Dermatología. Dermatóloga. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR

3. Prof. Adj. Cátedra Dermatología. Facultad de Medicina. UDELAR. Dermatóloga. Unidad Dermatología Pediátrica. CHPR.

4. Dermatóloga. Ex Prof. Adj. Cátedra Dermatología. Directora Unidad Dermatología Pediátrica. CHPR.

Trabajo inédito. Declaración de originalidad: el artículo no ha sido publicado previamente, ni se encuentra bajo consideración para su publicación en otro lugar. Asimismo, ningún fragmento del manuscrito ha sido duplicado de otras fuentes.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Todos los autores han revisado el contenido del manuscrito y están de acuerdo con su presentación en esta revista.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 4 marzo 2024.

Fecha aprobado: 15 julio 2024.

Introducción

La dermatitis del área del pañal es un grupo heterogéneo de patologías que afectan esta zona. Suele ser una consulta muy frecuente en la práctica clínica y muchas veces resulta difícil diferenciarlas entre sí, ya que comparten características clínicas. Entre ellas, se encuentra la psoriasis del área del pañal, una forma de presentación muy frecuente en la infancia, con rasgos clínicos característicos, que se suele acompañar de lesiones típicas de psoriasis en otras áreas del cuerpo. A continuación, se discutirá la clínica y encare de esta forma de presentación de psoriasis y brevemente abordaremos algunos aspectos clínicos de las otras causas de dermatitis del área del pañal que se plantean como diagnósticos diferenciales.

Discusión

La dermatitis del pañal corresponde al 25% de las consultas en lactantes. El término abarca no solo a las lesiones provocadas por el contacto con el pañal, sino también a patologías de origen inflamatorio, infeccioso, metabólico o autoinmune que se localizan en esta zona⁽¹⁻³⁾.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, que se puede presentar tanto en la edad adulta como en la edad pediátrica. Cuando se presenta en edades tempranas puede tener características clínicas distintivas, como la psoriasis con compromiso facial y la psoriasis del área del pañal. Esta última se ve sobre todo en lactantes menores de 2 años y para su diagnóstico es fundamental tener un alto índice de sospecha y la presencia de estigmas de psoriasis o de lesiones psoriasisiformes en otras topografías (tronco, miembros, cara, cuero cabelludo y región umbilical). La incidencia de psoriasis en la infancia a nivel mundial es de 0,1% a 1,37%^(4,5).

Se trata de una enfermedad multifactorial de filiación inmunitaria, con una base genética. Actualmente se sabe que el gen HLA Cw6 predispone a la aparición de psoriasis en la infancia. Es así como el riesgo de desarrollar psoriasis teniendo un padre con dicha enfermedad es de 25%, y con dos padres afectados el riesgo es de 60% a 70%.

Las mutaciones en CARD 14 se asocian a psoriasis familiar, con una presentación temprana de la variante vulgar típica o psoriasis pustulosa generalizada severa⁽⁵⁾.

Se plantea que en estos pacientes genéticamente predisuestos ciertos factores ambientales gatillarían una respuesta inmune alterada, con un desbalance entre los linfocitos T (LT) efectoros y reguladores, provocando así un aumento de citocinas proinflamatorias (característicamente IL 17, IL 22 y IL 23, TNF- α e

INF- α , entre otras). En el caso de la psoriasis del pañal se plantea que el factor desencadenante de las lesiones sea el traumatismo generado por el mismo pañal, lo cual traduciría un fenómeno isomórfico de Koebner^(2,4).

La forma clínica más frecuente de psoriasis infantil es la psoriasis vulgar (en placas), al igual que sucede en los adultos (90%). Otras formas de presentación son la psoriasis guttata, psoriasis pustulosa, psoriasis del cuero cabelludo, psoriasis ungueal, psoriasis lineal, psoriasis congénita y psoriasis eritrodérmica. La artritis psoriásica es muy infrecuente en niños (5% - 8%), siendo esta una diferencia importante con los adultos, en quienes se observa en 5% a 30%^(2,6).

La psoriasis del área del pañal tiene una prevalencia de 7% - 35% y puede ser la primera manifestación de la enfermedad en el 13% de los casos. Se caracteriza por presentarse con placas eritematosas brillantes confluentes bien delimitadas, como se observa en las figuras 1 y 2. La escama blanca nacarada típica de esta patología suele estar ausente o ser mínima, debido a la gran maceración de la zona (Figura 3). Suele ser difícil arribar al diagnóstico de psoriasis con este tipo de presentación, por lo que la presencia de lesiones satélites y en el resto del cuerpo, con aspecto característico (placas eritemato-escamosas con escama blanca nacarada que no sobrepasa el eritema), junto con estigmas de psoriasis (onfalitis, pits y/o mancha en aceite en uñas, placas eritemato-escamosas en cuero cabelludo, región reteroauricular, interglútea, codos y rodillas), con o sin antecedentes familiares de psoriasis, puede ayudarnos con el diagnóstico^(1-4,7).

En los diagnósticos diferenciales se incluyen el resto de las causas de dermatitis del área del pañal, por ejemplo, las de causa inflamatoria, como las dermatitis de contacto. Estas se deben de sospechar cuando se observan placas eritemato-escamosas en el área del pañal, siendo de tipo irritativo cuando afecta las áreas convexas, respetando los pliegues y de tipo alérgico cuando sí hay compromiso de pliegues, presentando un claro patrón geométrico (que remeda la zona de contacto con el pañal). También dentro del grupo de las dermatitis inflamatorias no infecciosas se encuentra la dermatitis seborreica, con su presentación característica como placas eritemato-escamosas con escama amarillenta untuosa, asociando lesiones similares en cuero cabelludo. Muchas veces es difícil de distinguirla de la psoriasis del área del pañal y para poder diferenciarlas entre sí debemos apoyarnos en los antecedentes familiares de psoriasis y otros elementos clínicos, como la presencia de otras lesiones psoriasisiformes en el resto del cuerpo. En el caso de las dermatitis del pañal de origen infeccioso debemos sospecharlas cuando se observen lesiones eritemato-

Figura 1. Lactante de 6 meses con psoriasis que compromete el área del pañal, acompañado de lesiones típicas de psoriasis, eritemato-escamosas en muslos y brazos.



Figura 2. Lactante de 4 meses con psoriasis limitada al área del pañal.



Figura 3. Lactante de 5 meses con antecedentes familiares y personales de psoriasis. Como se puede observar, presenta en el área del pañal placas eritemato-escamosas con bordes bien definidos y escama blanca nacarada mínima, acompañado de lesiones satélites de mismas características y compromiso de ombligo.



sas rojo intensas con escamas en los pliegues asociando pápulas y pústulas satélites, lo que nos orienta a una infección por *Cándida sp.* Un rash erosivo con diseminación rápida, acompañado de ampollas o erosiones con collarite epidérmico debe evocarnos una infección por *Staphylococo aureus*. La presencia de un eritema perianal bien delimitado y rojo brillante, acompañado de fisuras rectales, sugiere una enfermedad perianal estreptocócica. Otros diagnósticos diferenciales más alejados son la enfermedad de Kawasaki, la histiocitosis de células de Langerhans y la acrodermatitis enteropática⁽³⁾.

El diagnóstico de la psoriasis del área del pañal es clínico, no se solicita biopsia para su confirmación. De todas formas, de realizarla se observará a nivel histopatológico con tinción de hematoxilina-eosina una hiperqueratosis con paraqueratosis, acantosis regular con ensanchamiento de las crestas epidérmicas, hip-

granulosis o agranulosis. Las papilas dérmicas se presentan elongadas y edematosas con capilares dilatados y elongados. En la capa córnea se pueden observar microabscesos de Munro (acúmulos de neutrófilos) y en dermis se puede encontrar un infiltrado inflamatorio perivascular compuesto por linfocitos, histiocitos, mastocitos y neutrófilos⁽²⁾.

Burden-Teh E y colaboradores, en 2022, realizaron un estudio de casos y controles multicéntrico con el objetivo de definir criterios predictores de psoriasis en la infancia. Concluyen de su estudio que existe asociación con los siguientes hallazgos clínicos: i) eritema y escama en cuero cabelludo con compromiso de la línea de implantación del pelo; ii) eritema y descamación en el conducto auditivo externo; iii) rash eritematoso bien delimitado persistente en cualquier localización del cuerpo; iv) eritema persistente en el ombligo; v) placas eritemato-escamosas en cara extensora de miembros; vi) erupción eritematosa bien delimitada en el área del pañal que compromete pliegues; vii) antecedentes familiares de psoriasis. De presentar dos de los siete criterios mencionados existe 78% de probabilidad de que se trate de una psoriasis, mientras que de presentar cuatro de los siete criterios aumenta la

probabilidad a 94%⁽⁸⁾.

Todos los tratamientos descriptos en la literatura hacen alusión, por lo general, a su forma de presentación más frecuente (psoriasis vulgar), por lo que el tratamiento de la psoriasis del área del pañal se extrapola a ésta.

F. Afsar y colaboradores reportan tratamiento de la psoriasis del área del pañal con las opciones que describiremos a continuación, basado en los tratamientos descriptos para la forma más frecuente de psoriasis (psoriasis vulgar). Los corticoides de baja-moderada potencia constituyen la primera línea de tratamiento. Estos se deben utilizar por tiempos limitados, por una o dos semanas, realizando un descenso progresivo de la dosis o espaciando aplicaciones, según la respuesta, para minimizar los efectos adversos (atrofia de piel, estrías, supresión del eje hipotálamo-hipofisario) y se podrá repetir al mes. En caso de no observar una respuesta satisfactoria con los corticoides tópicos o si se presentan múltiples recidivas, se considerará la rotación hacia corticoides tópicos de mayor potencia u otras opciones terapéuticas.

Los análogos tópicos de la vitamina D, como calcipotriol combinado con los corticoides o en monoterapia, son otra opción de tratamiento. Este no se encuentra aprobado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para niños, por lo que su indicación se realiza *off-label*. El calcipotriol se puede utilizar en todas las edades, presenta un buen perfil de seguridad, siendo el efecto adverso más reportado la dermatitis irritativa en la zona de aplicación, que mejora con tratamiento emoliente^(4,9).

Dadas las características peculiares de la zona como la oclusión prolongada y el contacto con orina y heces, es importante realizar todos los cuidados higiénicos adecuados, como el cambio frecuente de pañal, uso de cremas barrera, higiene con limpiadores dermatológicos, evitar contactantes por posible complicación con dermatitis de contacto alérgica o irritativa, entre otros. Por lo general, la psoriasis en esta zona se resuelve una vez que el niño deja de usar pañales, pero se le debe explicar a los padres que dado que el paciente presenta la predisposición genética, puede desarrollar en la adolescencia o adultez otras formas de psoriasis⁽⁴⁾.

Conclusiones

La psoriasis del área del pañal suele representar un gran desafío diagnóstico, ya que suele ser difícil diferenciarla de las otras causas de dermatitis del área del pañal. Ante la sospecha de ésta, se recomienda consultar con dermatólogo para orientar la conducta. Se trata de una localización de psoriasis relativamente

frecuente en los lactantes y se plantea que esto tenga que ver con el fenómeno isomórfico de Koebner que el mismo pañal provoca. Esto explicaría por qué una vez que el niño deja de usar los pañales la dermatosis tiende a la mejoría en esa topografía. Se debe explicar a los padres, que a pesar de un correcto tratamiento instaurado con corticoides tópicos, el cuadro clínico puede ser recalcitrante al mismo y que en caso de mejorar y desaparecer las lesiones en esta localización, el paciente puede desarrollar posteriormente otros tipos de psoriasis a lo largo de su vida, ya que presenta la predisposición genética.

Referencias bibliográficas

1. Pueyo S, Litwak G. Dermatitis del pañal. En: Larralde M, Abad E, Luna P, Boggio P, Ferrari B. Dermatología pediátrica. 3 ed. Buenos Aires: Journal, 2021:276-8.
2. Plafnik R, Luna P. Psoriasis y otras dermatosis eritemato-escamosas. En: Larralde M, Abad E, Luna P, Boggio P, Ferrari B. Dermatología pediátrica. 3 ed. Buenos Aires: Journal, 2021:297-312.
3. Fölster R. Differential diagnoses of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol* 2018; 35(Suppl 1):s10-8. doi: 10.1111/pde.13484.
4. Afsar F, Uysal S, Salis F, Calli A. Napkin psoriasis. *Pediatr Int* 2016; 58(5):420-2. doi: 10.1111/ped.12916.
5. Dhar S, Srinivas S. Psoriasis in pediatric age group. *Indian J Dermatol* 2022; 67(4):374-80. doi: 10.4103/ijd.ijd_570_22.
6. van de Kerkhof P, Nestlé F. Psoriasis. En: Bolognia J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 4 ed. Barcelona: Elsevier, 2019:138-60.
7. Tüzün Y, Wolf R, Bağlam S, Engin B. Diaper (napkin) dermatitis: a fold (intertriginous) dermatosis. *Clin Dermatol* 2015; 33(4):477-82. doi: 10.1016/j.clindermatol.2015.04.012.
8. Burden E, Murphy R, Gran S, Nijsten T, Hughes C, Abdul A, et al. Identifying the best predictive diagnostic criteria for psoriasis in children (< 18 years): a UK multicentre case-control diagnostic accuracy study (DIPSOC study). *Br J Dermatol* 2022; 186(2):341-51. doi: 10.1111/bjd.20689.
9. Peris K, Fortina A, Bianchi L, Fabbrocini G, Gisondi P, Balato A, et al. Update on the management of pediatric psoriasis: an Italian consensus. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2022; 12(8):1753-75. doi: 10.1007/s13555-022-00758-2.

Correspondencia: Dra. Inés Sosa.

Correo electrónico: inesolombi@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores

Todos los autores de este manuscrito han contribuido a la concepción y revisión crítica, y realizaron la aprobación final de la versión a publicar.

Inés Sosa, ORCID 0009-0000-4752-7529.

Patricia Kutscher, ORCID 0009-0006-4669-6404.

Agustina Acosta, ORCID 0000-0002-5019-649X.

Mariela Álvarez, ORCID 0000-0003-4963-3362.