

CAPÍTULO 15

PSORÍASE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Bernardo Gontijo¹
Ricardo Romiti²

1 Professor Associado Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Mestre em Dermatologia pela UFMG
Doutor em Dermatologia pela UFMG
Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Associação Médica Brasileira

2 Médico Assistente Doutor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)
Doutor em Dermatologia pela Ludwig-Maximilians-Universität de Munique, Alemanha (LMU)
Especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Associação Médica Brasileira

Introdução

A psoríase corresponde a cerca de 4% de todas as dermatoses observadas em doentes menores de 16 anos. Aproximadamente, um terço dos adultos acometidos refere o início da doença antes dos 16 anos de idade. Quanto mais precoce, mais grave tende a ser a evolução do quadro. Em crianças e adolescentes, as lesões podem ser fisicamente desfigurantes, causando prejuízos psicológicos e evidente comprometimento da qualidade de vida. As medicações sistêmicas, utilizadas na psoríase, bem como a fototerapia, possuem indicação limitada na infância, decorrente dos efeitos acumulativos das drogas, baixa aceitação e risco de teratogenicidade.

Aspectos epidemiológicos

Embora a ocorrência de psoríase na infância e adolescência não seja rara, a verdadeira prevalência, nessa faixa etária é desconhecida. Estima-se que cerca de 40% dos pacientes portadores desenvolvem sinais da doença antes dos 20 anos de vida, 30% antes dos 15 anos, 10% antes dos 10 anos, 6,5% antes dos cinco anos e 2% antes dos dois anos. Pode ainda, excepcionalmente, ser congênita ou nevoide.

Apesar da maior prevalência de psoríase observada no passado em crianças do sexo feminino, estudos atuais indicam que ambos os gêneros são afetados igualmente, como ocorre nos adultos. A psoríase de início na infância possui alta incidência familiar. Os riscos de instalação durante todo o período de vida de um indivíduo são calculados em 2,5%, 28% e 65%, quando nenhum dos pais, um dos pais ou ambos são afetados, respectivamente.

Fatores desencadeantes

Os fatores ambientais desencadeantes do quadro, na infância, diferem daqueles observados nos adultos como, por exemplo: a exposição a medicamentos e ao álcool. Tal fato pode explicar, ao menos, parcialmente, as diferenças nas apresentações clínicas nesses dois grupos etários.

Apesar do estresse estar presente em grande número de casos, o fator desencadeante mais importante nas crianças é a infecção. Há evidências consideráveis sugerindo que a psoríase pode ser desencadeada ou exacerbada por infecções bacterianas, em especial, as produzidas pelos estreptococos beta hemolíticos (grupo A de Lancefield). Essas bactérias, supostamente, atuam através da produção de superantígenos e seriam provenientes, na maioria dos casos, da orofaringe. A

dermatite perianal estreptocócica seria outro possível sítio primário da infecção.

Ainda que os quadros infecciosos possam preceder ou acompanhar a instalação de qualquer forma clínica de psoríase, essa associação é particularmente notável com a psoríase gotada aguda das crianças.

Apresentações clínicas

A psoríase da infância frequentemente se instala na região das fraldas, e essa localização é a mais comum na faixa etária abaixo dos dois anos de idade. Nem sempre o quadro inicial é característico a ponto de permitir um diagnóstico clínico de certeza, o que muitas vezes só se obtém ao longo do tempo. Comparada com a dermatite seborreica dessa área, um dos principais diagnósticos diferenciais, a erupção psoriásica apresenta um eritema mais claro e mais brilhante, melhor demarcado e desprovido das crostas amareladas, tão significativas da seborreia. As lesões podem permanecer restritas a essa área anatômica ou disseminarem-se.

Em termos globais, a forma em placa é a mais comum da infância. As lesões individuais são geralmente menores e a descamação mais fina do que se observa nos adultos. A psoríase gotada é também frequente, sendo que, em alguns relatos, sua ocorrência supera a da psoríase em placa. O quadro cutâneo aparece de forma abrupta, geralmente precedido por uma infecção estreptocócica (56 — 85% dos casos), comumente de vias aéreas superiores. Como a associação com as infecções estreptocócicas é frequente, as diferentes incidências podem refletir apenas a extensão da doença estreptocócica, em determinadas comunidades ou a faixa etária avaliada (infecções estreptocócicas da garganta são mais prevalentes em adolescentes e pré-adolescentes). Lesões papulosas de poucos centímetros de diâmetro estão dispostas, simetricamente, em toda a superfície corpórea, predominando no tronco e raiz dos membros. A forma gotada de psoríase geralmente regride espontaneamente em 3 a 4 meses.

Ocasionalmente, as lesões podem persistir e aumentar de tamanho, tomando as características da psoríase em placas. Num prazo de 10 anos, entre um e dois terços dos doentes com diagnóstico de psoríase gotada evolui para a forma crônica em placas.

O acometimento facial da psoríase é umas das marcas da infância. As lesões podem ficar restritas ao couro cabeludo ou disseminarem-se pelo segmento cefálico. É comum o envol-

vimento das pálpebras, eventualmente, até como manifestação única da dermatose, e também das comissuras labiais. O acometimento das mãos, pés, genitália e áreas flexurais, inclusive periumbilical, também é mais comum em crianças. Acometimento acral, com graus variáveis de onicodistrofia, pode ser a única manifestação nesta faixa etária.

A forma congênita, definida como a ocorrência de qualquer uma das variantes clínicas da psoríase ao nascimento ou durante os primeiros dias de vida é extremamente rara. Habitualmente, se expressa sob forma de psoríase em placas. Casos de psoríase eritrodérmica congênita ou neonatal são ainda mais raros, graves e demandam pronta intervenção. O diagnóstico diferencial nestes casos inclui a síndrome da pele escaldada estafilocócica, a síndrome do choque tóxico, a candidíase, as ictioses congênitas, as imunodeficiências, como a síndrome de Omenn, os distúrbios metabólicos, a dermatite atópica e seborreica, a pitiríase rubra pilar e a mastocitose generalizada. A forma linear ou nevoide, representa variante rara de psoríase e se caracteriza por lesões eritematoescamosas seguindo as linhas de Blaschko. Pode ter início na infância ou idade adulta, acometendo essencialmente tronco ou membros com extensão e progressão variáveis. Deve ser diferenciada do nevo epidérmico verrucoso e inflamatório linear (NEVIL), que surge na infância acometendo, principalmente, a região inguinocrural e genital, seguindo também as linhas de Blaschko. O prurido pode ser intenso. Apesar da histopatologia evidenciar a dermatite psoriasiforme, a cronicidade das lesões e a resistência, a qualquer forma de intervenção terapêutica, o diferenciam da psoríase linear.

Alterações ungueais são observadas entre 10-40% das crianças com psoríase, podendo preceder o aparecimento das lesões cutâneas e ser, durante anos, a única manifestação da afecção. O grau de envolvimento depende da localização do processo psoriásico, no aparelho ungueal, da intensidade e do tempo de evolução da moléstia.

Apesar de relatadas, as formas eritrodérmica, pustulosa e folicular são raras, assim como a artrite psoriásica. Embora incomum, uma forma praticamente exclusiva das crianças é a que associa lesões eritematodescamativas anulares e pústulas. O quadro simula clínica e, histologicamente, a pustulose subcórnea. A artrite psoriásica caracteriza uma forma de artrite soronegativa, encontrada entre 5 e 42%, dos doentes de psoríase, sendo rara na infância. Por outro lado, 8 a 20%, dos casos de artrite na infância são diagnosticados como

artrite psoriásica. O pico de incidência está entre nove e 12 anos de idade e o sexo feminino é, ligeiramente, mais acometido (F:M = 3:2). A uveíte psoriásica, uma forma de uveíte anterior assimétrica, ocorre em 14-17% de crianças com artrite psoriásica juvenil.

O fenômeno isomórfico de Köbner pode ser evidenciado em 50% das crianças com psoríase, e em 39% dos adultos acometidos. Doentes Köbner-positivos podem se tornar Köbner-negativos, e vice-versa, independentemente, de quaisquer medidas terapêuticas empregadas. Outro fenômeno recentemente descrito, o fenômeno de Renbök, também designado Köbner reverso, expressa a situação na qual o traumatismo local imposto a uma placa de psoríase resulta no desaparecimento da lesão e o surgimento de pele aparentemente sã no local. Doentes Köbner-positivos classicamente não apresentam o fenômeno de Renbök; os dois eventos parecem mutuamente exclusivos.

Tratamento

Os cuidados terapêuticos na infância devem levar em consideração um fato de extrema importância: crianças dependem, total ou fundamentalmente, da participação dos pais ou responsáveis para a aplicação correta dos medicamentos, pré-requisito básico para a obtenção de bons resultados. Portanto, toda a família deve ter conhecimento do esquema terapêutico e participar ativamente na sua execução. É igualmente importante que o paciente e sua família sejam instruídos acerca da natureza da doença, para que se estimule uma abordagem positiva. Pacientes, em idade escolar são, particularmente, susceptíveis aos comentários, comparações e críticas de seus pares e podem necessitar de psicoterapia.

A maior parte dos casos de psoríase, em crianças, pode ser tratada com medicações tópicas, sendo empregadas, basicamente, as mesmas preparações dos adultos (coaltar, corticoesteroides, antralina, calcipotriol, etc).

Corticoesteroides tópicos representam a terapêutica tópica mais utilizada nos casos de psoríase infantil. A eficácia da resposta varia, conforme a forma clínica, sendo alta na psoríase invertida, moderada na psoríase do corpo e discreta na psoríase palmoplantar e ungueal.

Emolientes e/ou umectantes (lactato de amônio, vaselina, ceramidas ou óleo mineral) e nas lesões hiperqueratósicas os ceratolíticos (ácido salicílico - 3 a 6%, ureia - 5 a 20%), deverão ser incluídos, em qualquer esquema terapêuti-

co, seja como coadjuvante ou alternando com os produtos ativos ou, até mesmo, em fases assintomáticas.

A fototerapia (UVB) e, especificamente, a fototerapia com UVB de banda estreita de 311nm, é uma alternativa para casos mais extensos ou refratários, embora alguns casos de psoríase gotada, possam sofrer exacerbação com essa modalidade terapêutica. Não há estudos demonstrando a segurança da PUVA em crianças abaixo de oito anos, mas o método pode ser empregado em adolescentes. (Consultar Capítulo 7)

A terapêutica sistêmica só deve ser considerada, em circunstâncias extremas, como a psoríase eritrodérmica, artropática ou pustulosa. A maior experiência acumulada é com a acitretina. O risco do fechamento prematuro das epífises ósseas, uma preocupação em crianças, pode ser reduzido, com o uso da menor dose eficaz possível (em geral entre 0,25 e 0,6 mg/kg/dia), se bem que possa ser empregado até 1mg/kg/dia. Não é contraindicado o uso concomitante de vacinas próprias da faixa etária. (Consultar Capítulo 9)

A segurança e a eficácia do metotrexato em crianças são bem conhecidas e apropriadamente avaliadas em trabalhos adequados na área da quimioterapia oncológica. Devem ser prescritas as mínimas doses terapêuticas, preferencialmente, na faixa entre 0,2-0,4mg/kg/semana (Capítulo 8). Vacinas de vírus vivos ou atenuados devem ser evitadas durante a terapêutica com metotrexato.

Quanto ao uso da ciclosporina, suas indicações, doses e monitorização, consultar Capítulo 10. A imunização com vírus vivo ou atenuado deve ser evitada durante o período de tratamento e entre 3 a 12 meses após o seu término, dependendo da dose empregada.

O uso de medicamentos imunobiológicos é bastante limitado na psoríase da infância. Em recente estudo da literatura, crianças entre quatro e 17 anos com psoríase moderada a grave responderam de forma favorável ao etanercepte (antiTNF), na dose de 0,8 mg/kg/semana (máximo de 50mg), administrada por via subcutânea, no total de 48 semanas. Foram observados quatro eventos adversos sérios (incluindo pneumonia, gastroenterite, desidratação e remoção cirúrgica de cisto ovariano) que se resolveram sem sequelas.

Uma vez que muitos casos de psoríase na infância têm como fator desencadeante as infecções bacterianas, parece potencialmente justificável o emprego de medidas como antibioterapia ou até mesmo amigdalectomia. Contudo, a inexistência de estudos apropriadamente desenhados e com número significativo de pacientes faz com que essas intervenções permaneçam controversas. A relativa segurança dos antibióticos, principalmente, se comparada aos efeitos colaterais de outras drogas sistêmicas, utilizadas no tratamento da psoríase, torna esses fármacos atraentes mesmo na ausência de comprovação científica inquestionável. (Consultar Capítulo 13) ☞

REFERÊNCIAS

1. Farber EM, Nall L. Childhood psoriasis. *Cutis*. 1999; 64:309-14.
2. Janniger CK, Schwartz RA, Musumeci ML, et al. Infantile psoriasis. *Cutis*. 2005; 76:173-7.
3. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Ped Dermatol*. 2001; 18:188-98.
4. Rogers M. Childhood psoriasis. *Curr Opin Pediatr*. 2001; 14:404-9.
5. Wilson JK, Al-Suwaidan SN, Krowchuk D, et al. Treatment of psoriasis in children: is there a role for antibiotic therapy and tonsillectomy? *Ped Dermatol*. 2003; 20:11-5.
6. Hogan A. Papulosquamous disease. In: Schachner LA, Hansen RC. *Pediatric Dermatology*. 3 ed. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 643-6.
7. Carneiro SCS. Psoríase: mecanismos de doença e implicações terapêuticas. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
8. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol*. 2007;25:555-62.
9. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, et al. *Rook's – Textbook of Dermatology*. 7th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p. 1- 69.
10. Criado PR, Valente NY, Michalany N, et al. An unusual association between scalp psoriasis and alopecia areata: the Renbök phenomenon. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32:320-1.
11. Gladman DD, Brockbank J. Psoriatic arthritis. *Expert Opin Investig Drugs*. 2000;9:1511-22.
12. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, et al. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnostic procedures. *Clin Dermatol*. 2007;25:519–23.
13. Robertson DM, Cabral DA, Malleson PN, Petty RE. Juvenile psoriatic arthritis: follow up and evaluation of diagnostic criteria. *J Rheumatol*. 1996;23:166-70.
14. Paller AS, Siegfried EC, Langley RG, et al. Etanercept treatment for children and adolescents with plaque psoriasis. *N Engl J Med*. 2008;358:241-51.
15. Romiti R, Maragno L, Arnone M, et al. Psoríase na infância e adolescência. *An Bras Dermatol*. 2009;84:9-22.