

<https://doi.org/10.18233/apm.v46i3.2862>

Psoriasis inversa en lactantes: Presentación de caso y revisión de la literatura

Inverse psoriasis in infants: Case presentation and literature review.

Gustavo Adolfo Lizardo Castro,¹ Belkis Elizabeth Méndez Varela²

Resumen

ANTECEDENTES: La psoriasis inversa es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante, variante clínica de la psoriasis, caracterizada por lesiones eritematosas bien delimitadas, con poca o ninguna escama, que involucra los pliegues corporales, más a menudo los axilares, anogenitales e inframamarios. La prevalencia es altamente variable de 3 a 36%, por la falta de criterios diagnósticos, de consenso, y de si la afectación genital es considerada parte de la enfermedad. El diagnóstico es clínico, pero en casos de duda, la histopatología es confirmatoria. Las áreas afectadas (pliegues), son más sensibles y propensas a los efectos adversos de los corticosteroides tópicos, que son la primera línea de tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 10 meses de edad con dermatosis de un mes de evolución, con lesiones en pliegues de axilas, inguinales y retroauriculares, constituidas por lesiones eritematosas, húmedas, brillantes y con escasa escama. Los análisis de laboratorio resultaron normales, y la biopsia confirmó el diagnóstico de psoriasis inversa, cuyo manejo con corticosteroides tópicos, de baja y mediana potencia fue satisfactorio.

CONCLUSIONES: La psoriasis inversa es una variante clínica rara de psoriasis, cuyo diagnóstico puede ser desafiante, por la semejanza con otros trastornos de la piel que afectan los pliegues, como el intertrigo candidiásico o la dermatitis seborreica. El curso crónico, con exacerbaciones y remisiones así, como las potenciales comorbilidades asociadas, tienen un fuerte impacto en la calidad de vida. El diagnóstico temprano y manejo oportuno, con las mejores opciones terapéuticas actuales y futuras, deben ser consideradas en beneficio del paciente y su entorno.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, Psoriasis inversa, Niños, Tratamiento, Comorbilidades, Calidad de vida.

Abstract

BACKGROUND: Inverse psoriasis is a chronic, relapsing inflammatory disease, a clinical variant of psoriasis, characterized by well-defined erythematous lesions, with little or no scale, involving the body folds, most often the axillary, anogenital and inframammary folds. The prevalence is highly variable from 3 to 36%, due to the lack of diagnostic criteria, consensus, and whether genital involvement is considered part of the disease. The diagnosis is clinical, but in cases of doubt, histopathology is confirmatory. The affected areas (folds) are more sensitive and prone to the adverse effects of topical corticosteroids, which are the first line of treatment.

CLINICAL CASE: 10-month-old female with dermatosis of one month's duration, with lesions in the armpits, inguinal and retroauricular folds, consisting of erythematous, moist, shiny lesions with few scales. Laboratory analyzes were normal, and the biopsy confirmed the diagnosis of inverse psoriasis, the management of which with low- and medium-potency topical corticosteroids was satisfactory.

CONCLUSIONS: Inverse psoriasis is a rare clinical variant of psoriasis, whose diagnosis can be challenging, due to its similarity to other skin disorders that affect the

¹ Pediatra/ Dermatólogo Pediatra, Depto. de Pediatría, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

² Residente del tercer año del Posgrado de Dermatología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-5561-9220>
<https://orcid.org/0000-0002-7932-1688>

Recibido: 13 diciembre de 2023

Aceptado: 17 diciembre de 2024

Correspondencia

Gustavo Adolfo Lizardo Castro
glizardoc@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: Lizardo Castro GA, Méndez Varela BE. Psoriasis inversa en lactantes: Presentación de caso y revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex 2025; 46 (3): 321-327.

folds, such as candidal intertrigo or seborrheic dermatitis. The chronic course, with exacerbations and remissions, as well as the potential associated comorbidities, have a strong impact on quality of life. Early diagnosis and timely management, with the best current and future therapeutic options, must be considered for the benefit of the patient and her environment.

KEYWORDS: Psoriasis, Inverse psoriasis, Children, Treatment, Comorbidities, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, mediada por mecanismos inmunológicos, que afecta piel, uñas y articulaciones, en individuos genéticamente predispuestos, siendo más frecuente en población blanca, afecta a ambos sexos por igual y con fuerte impacto en la calidad de vida¹⁻⁵. Su evolución tiende a ser crónica y cíclica, con exacerbaciones y remisiones^{2,4,6}. Predomina en la edad adulta, y afecta al 2-3% de la población mundial, pero se estima que un tercio de los casos, empieza durante la edad pediátrica⁷ y su prevalencia en niños es de 1%, con aumento en su incidencia en las últimas 4 décadas^{8,9}.

Los subtipos con características especiales basados en el sitio afectado, incluye psoriasis inversa, psoriasis anogenital y psoriasis de uñas⁶. La psoriasis inversa, también llamada psoriasis intertriginosa o flexural, es una forma rara de la enfermedad, que se presenta como placas eritematosas, bien delimitadas, con poca o ninguna escama en sitios de fricción. Su prevalencia de acuerdo a varios estudios y poblaciones, varía del 3 al 36% de los pacientes con psoriasis^{10,11}; es típica en niños, especialmente en lactantes con compromiso del área del pañal, configurando la "psoriasis del pañal", presentación común en menores de 2 años de edad^{6,12,13}. Un subgrupo de estos niños, pueden presentar enfermedad

diseminada, llamada dermatitis psoriásica del pañal con diseminación, y tienen mayor riesgo de desarrollar posteriormente psoriasis clásica⁶.

El propósito de este escrito es presentar un caso de psoriasis inversa en un lactante, que por el sitio de afectación y morfología constituye un desafío diagnóstico, en particular para médicos de primer contacto.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo femenino de 10 meses de edad, sin antecedentes de importancia, referida por presentar dermatosis en pliegues, de un mes de evolución, tratada con hidrocortisona crema por 10 días, sin mejoría. A la exploración, se observaron lesiones eritematosas, húmedas, brillantes, con escasa escama que iniciaron en pliegues de axilas (**Figura 1a**), inguinales (**Figura 1b, flecha negra**), retroauriculares (**Figura 1c**). Extendiéndose a genitales externos, piel vecina de muslos y glúteos con bordes bien definidos (**Figura 1b**). Además, escasas placas similares en abdomen (**Figura 1b, flecha amarilla**), cara, cuello posterior y nuca, donde se observan escamas blanquecinas (**Figura 2**), afectando más allá de la línea de implantación del pelo.

Con sospecha de psoriasis inversa, se tomó biopsia de piel, los análisis de laboratorio,

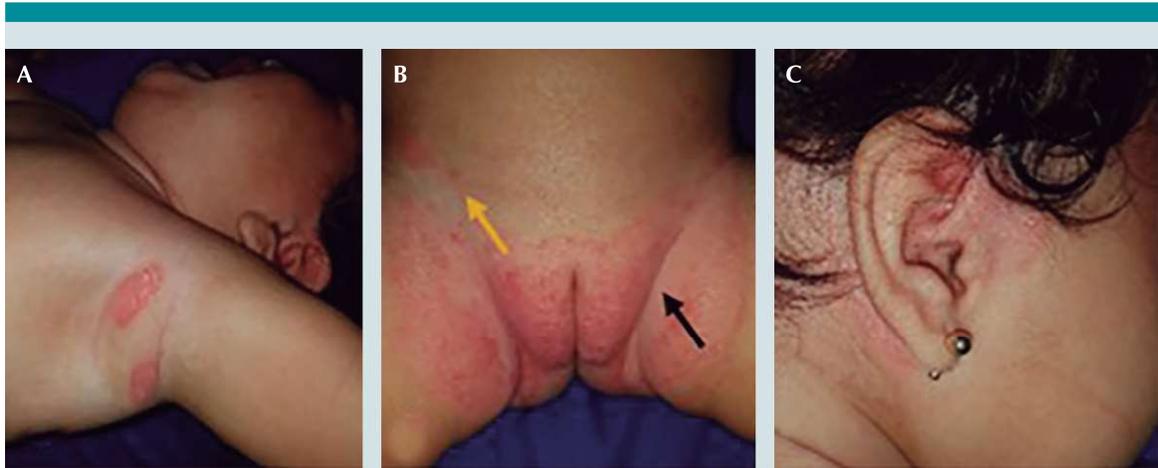


Figura 1. Psoriasis inversa. Lesiones eritematosas, bordes bien definidos y escasa escama en axilas (A), pliegues inguinales (flecha negra), genitales externos, abdomen inferior (flecha amarilla) (B), y pliegue retroauricular y preauricular superior (C).



Figura 2. Psoriasis inversa. Placas eritematosas con escama blanquecina en región posterior del cuello y nuca.

hemograma, glucemia, transaminasas, colesterol, triglicéridos, urea y creatinina resultaron normales. Se indicó tratamiento con emoliente dos veces al día, hidrocortisona crema 1% en lesiones de axilas, inguino-genitales, y retroauriculares; betametasona crema 0.05% en lesiones de abdomen, cuello y nuca. Tanto la hidrocortisona

como la betametasona, se indicó dos veces al día por 10 días, luego una vez al día por otros 10 días y después tres veces por semana. Champú de ketoconazol al 2%, tres veces por semana. Se observó resultados satisfactorios a las 6 semanas de iniciado el tratamiento en axilas (Figura 3a), área del pañal (Figura 3b), pliegues retroauriculares y cuello posterior (Figura 3c).

El resultado de la biopsia recibida en la cita de control, confirmó el diagnóstico de psoriasis inversa, reportando epidermis con moderada acantosis regular, con elongación de las redes de cresta (Figura 4, flecha), e hiperqueratosis con paraqueratosis (figura 5, flecha negra), e hipogranulosis (Figura 5, flecha blanca), discreta espongirosis y exocitosis focal de neutrófilos a capas superiores. La dermis papilar reveló infiltrado linfocitario, vasos dilatados y tortuosos.

DISCUSIÓN

La psoriasis inversa, también llamada flexural o intertriginosa, típicamente ocurre en áreas flexurales, con lesiones bien delimitadas, con



Figura 3. Psoriasis inversa. Respuesta satisfactoria al tratamiento con hidrocortisona crema en axilas (A), región inguinal y genital (B), y betametasona crema en región posterior del cuello y nuca (C).

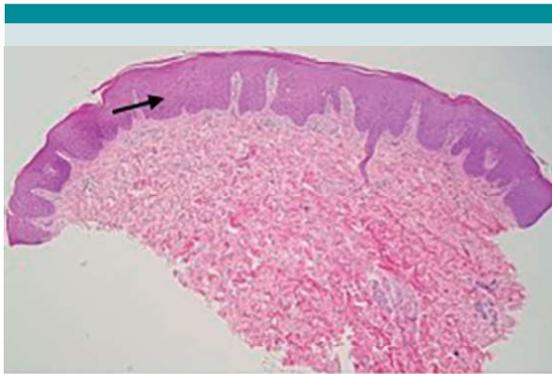


Figura 4. Histopatología. Epidermis: acantosis regular con elongación de las redes de cresta (flecha). Dermis: infiltrado linfocitario, vasos dilatados y tortuosos. H&E 4x.

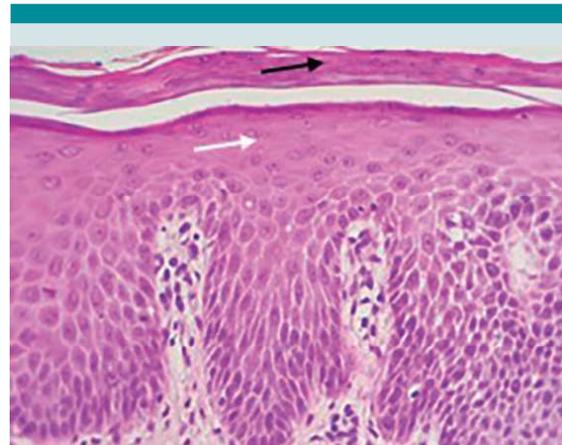


Figura 5. Histopatología. Epidermis con hiperqueratosis con paraqueratosis (flecha negra), hipogranulosis (flecha blanca). Dermis: infiltrado linfocitario, vasos dilatados y tortuosos. H&E 10x.

poca o ninguna escama⁹. En la mayoría de casos de psoriasis inversa, existen lesiones de psoriasis en placas en otras partes del cuerpo. La prevalencia de la psoriasis inversa varía en muchos estudios de 3.2-7% en población china, a 12-36% en pacientes europeos. Los datos estadísticos dependen de si la psoriasis genital, es considerada parte de la psoriasis inversa o una entidad separada¹⁴. En la literatura revisada, desafortunadamente, a menudo, no existe diferenciación precisa entre la psoriasis inversa y la psoriasis genital, en parte, por la falta de criterios diagnósticos para la psoriasis inversa^{11,15,16}, y la

frecuente coexistencia de ambas, sobre todo en niños menores de dos años de edad, en la denominada psoriasis del pañal^{6,12,17}, en que el roce y la irritación, dan lugar al fenómeno isomórfico de Koebner.

Clínicamente, la psoriasis inversa se manifiesta con lesiones que se localizan en pliegues de axilas, región inguinal, retroauricular (**Fig. 1**), cuello (**Fig. 2**), umbilical, submamario, interglúteo, etc., con lesiones en forma de placas eritematosas, lisas, bien delimitadas, en áreas de

contacto de piel con piel, húmedas, brillantes y con descamación mínima o ausente (**Fig. 1**), en contraste con lesiones escamosas e infiltradas de la psoriasis en placas^{4,14}. En áreas intertriginosas y genitales la combinación de humedad, calor y fricción, además de factores mecánicos e irritación química, son susceptibles a sufrir maceración, erosiones y fisuras, provocando prurito y dolor. Consecuentemente, características normales de dermatosis comunes pueden alterarse en dichas áreas, dificultando el diagnóstico^{14,15}. La colonización e infección con *Candida spp*, y bacterias es común¹⁸. En la psoriasis inversa el área genital está afectada hasta en 79% de casos, siendo mayor que en la psoriasis en placas, cuya afectación genital en adultos, ocurre en 63%, durante el curso de su enfermedad^{13,15}. El traslape y similitud de manifestaciones clínicas entre la psoriasis inversa y la psoriasis genital, en cuanto a su aspecto, factores desencadenantes, y la coexistencia de ambas entidades en la mayoría de casos, podría explicar el por qué, las publicaciones usualmente no describen por separado cada una de ellas.

La patogénesis de la psoriasis involucra una compleja interacción, entre el sistema inmune y las dos principales áreas, que afectan el inicio y exacerbación de la enfermedad: disposición genética y factores ambientales. Aproximadamente un tercio de pacientes con psoriasis tiene un familiar de primer grado con la condición, enfatizando la influencia genética. Factores ambientales, están involucrados en la expresión de la enfermedad, entre ellos el trauma físico, estrés psicológico, medicamentos, dieta e infecciones, que pueden desencadenar la enfermedad⁸. La psoriasis en general se estima que es impulsada por los linfocitos T cooperadores (Th17)/interleucina (IL)-23, vía activación, con un circuito de retroalimentación inflamatoria positiva, debido a la liberación persistente de citocinas proinflamatorias, particularmente TNF- α , IL-23, IL17A, e interferón gamma. Esta cascada inflamatoria da lugar a una mayor

proliferación de queratinocitos y de las células del endotelio vascular^{8,19}.

La presentación de la psoriasis inversa constituye un reto diagnóstico, ya que el aspecto de las lesiones se aparta del patrón clínico clásico observado, del predominio de lesiones eritematoescamosas, en los otros subtipos de psoriasis¹². El diagnóstico debe sospecharse en presencia de lesiones eritematosas con escasa o nula escama, afectando pliegues inguinales, axilas, retroauricular, cuello, umbilical, submamario, interglúteo, etc., que no han respondido a tratamientos tópicos con antibióticos o antifúngicos. En el caso de la variante de psoriasis inversa de niños que usan pañales, dichas lesiones por lo general se extienden a genitales externos y afectan en menor o mayor grado, otras áreas cubiertas por el pañal. Todos los pacientes con psoriasis inversa, pueden tener lesiones típicas de psoriasis en otras partes del cuerpo, como en el caso descrito (**Fig. 1b, flecha amarilla**). La distribución y morfología de las lesiones, pueden ayudar a distinguir la psoriasis de otras erupciones del pañal⁶. Se han descrito factores precipitantes más comúnmente identificados en niños, que en la psoriasis de inicio adulto. Infecciones estreptocócicas (faringitis, dermatitis perianal), medicamentos (corticosteroides sistémicos, terapia con FNT- α), y estrés. En la psoriasis del área del pañal, participan factores mecánicos, irritación química y colonización o infección candidiásica o estreptocócica, que no fueron identificadas en la paciente.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico, (**Fig. 4 y 5**), al reportar hiperqueratosis y paraqueratosis confluyente, hiperplasia y elongación de las redes de cresta, acantosis, presencia de polimorfonucleares neutrófilos intracórneos e hipogranulosis. En la dermis, leve infiltrado linfocitario perivascular superficial. Comparado con la clásica psoriasis en placas, la hiperplasia epidérmica es menos pronunciada y la espongirosis es más común^{1,11}.

La dermatoscopia puede apoyar el diagnóstico de psoriasis, a bajo aumento (X10) muestra la presencia característica de escamas blanquecinas y puntos rojos, homogéneamente distribuidos dentro de la placa en un fondo eritematoso. A mayor aumento (X100), los puntos rojos aparecen como típicos "arbustos" de capilares contorneados, que histopatológicamente corresponden a la modificación típica, de la arquitectura microvascular en psoriasis, por ejemplo, asas capilares dilatadas, elongadas y tortuosas en la dermis papilar. En el caso de la psoriasis inversa se facilita la visualización de las estructuras vasculares, por la ausencia de escamas¹¹.

En el diagnóstico diferencial de la psoriasis inversa, hay que considerar el intertrigo fúngico y bacteriano, ya que el calor y humedad favorecen el crecimiento de dichos microorganismos²⁰; así como dermatosis inflamatorias que afectan pliegues corporales, como la dermatitis seborreica, atópica e irritativa de contacto, entre otros⁹. La psoriasis puede tener efectos perjudiciales en pacientes pediátricos, sobre todo en edad escolar y preadolescentes, destacando estigma social, pobre calidad de vida, ansiedad y depresión⁶. El apropiado y eficiente tratamiento es importante, para reducir el impacto negativo en la calidad de vida²¹.

El tratamiento de la psoriasis inversa difiere significativamente de la psoriasis en placas, por las características del área afectada, donde por el efecto oclusivo de los pliegues y de los pañales en niños pequeños, la piel es más propensa a efectos adversos locales. Los corticosteroides tópicos de potencia baja y media, son la primera línea de tratamiento, como el caso descrito (**Fig. 3**), con duración no mayor de 4 semanas, para evitar efectos adversos. Opciones para una terapia más prolongada, incluyen a los inhibidores de la calcineurina (tacrolimus, pimecrolimus) y análogos de la vitamina D (calcipotriol, calcitriol). Segunda línea de terapia, está representada

por productos basados en alquitrán que son potencialmente irritantes. Agentes antibacterianos y antifúngicos tópicos, pueden ser utilizados, para infecciones sobreagregadas¹¹.

La evidencia de terapia sistémica (ciclosporina, metotrexate, biológicos, inhibidores de la fosfodiesterasa tópica) para la psoriasis inversa es muy baja, y no ha sido específicamente investigada en la psoriasis inversa. En general podrían estar indicados en casos severos y resistentes a la terapia tópica de la psoriasis inversa, o de psoriasis ampliamente diseminada con compromiso flexural/genital^{11,22,23}.

El curso es, por lo general prolongado, crónico e impredecible. Algunos estudios sugieren que el inicio infantil conlleva un curso más prolongado y resistente al tratamiento, pero en casi el 40% de los pacientes se producen remisiones espontáneas de duración variable, y la mayoría presenta una enfermedad leve y con buena respuesta a las medidas terapéuticas actualmente disponibles, alcanzándose remisiones de larga duración⁹.

CONCLUSIONES

La psoriasis inversa en lactantes es rara, y representa un importante desafío, ya que con frecuencia se diagnostica erróneamente, como dermatitis del área del pañal. La dermatoscopia y la histopatología son herramientas útiles, en casos de duda. El diagnóstico oportuno y manejo apropiado, evitará o reducirá los efectos adversos, dada la naturaleza sensible (pliegues) de los sitios afectados, en esta variante de psoriasis. Es importante informar a los padres o cuidadores, sobre el curso crónico y recidivante de esta entidad, estableciendo en lo posible, la práctica de medidas preventivas, y en particular de los factores precipitantes.

REFERENCIAS

1. Torres S, Molina V, Ruiz A. Psoriasis inversa en un paciente pediátrico. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2017;25(2):150-3.

2. Ilvay S, Sánchez F, Moreno F, López M. Psoriasis en niños. *Reciamuc*. 2022;6(3):136-42 Axilares
3. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 ;31(2):205-212.
4. Luna CE, Flores CAA, Bonilla HR, Gómez A. Abordaje diagnóstico y manejo de psoriasis en atención primaria. *Aten Fam*. 2021;28(1):54-61.
5. De Peña J, Maldonado C, Villanueva A, González M, Gómez E. Psoriasis invertida: reto diagnóstico y terapéutico. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2019; 28(1):11-14.
6. Chu DH, Cordero KM. Psoriasis: Clinical features and comorbidities. En: Hoeger P, Kinsler V, Yan A, Harper J, Oranje A, Bodemer C, et al. *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. John Wiley & Sons Ltd; 2019. 354-61.
7. Armendariz-Barragán Y, Guillén-Buenrostro AC, Vélez-Gómez E, Guillén-Gutiérrez TH. Psoriasis vulgar grave en un lactante. *Rev Mex Pediatr* 2020; 87(3); 106-110.
8. Eichenfield LF, Paller AS, Tom WL, Sugarman J, Hebert AA, Friedlander SF, et al. Pediatric psoriasis: evolving perspectives. *Pediatr Dermatol*. 2018; 35(2):170-81.
9. Azaña Defez JM, Martínez Martínez ML. Psoriasis en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2016; XX(4):234 – 43.
10. Oulehri A, Douhi Z, Elloudi S, Bayday H, Mernissi FZ. Chronic intertrigo masking inverse psoriasis in an elderly female. *Our Dermatol Online*. 2022;13(e):e18. Doi: 10.7241/ourd.2022e.18.
11. Micali G, Verzì AE, Giuffrida G, Panebianco E, Musumeci ML, Lacarrubba F. Inverse psoriasis: from diagnosis to current treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2019;12: 953–959.
12. Lavieri A, Acevedo A, Baccharini A, Bourren E, Crespo P, Díaz M, et al. Consenso Nacional de psoriasis: guía de tratamiento. Actualización 2020. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Dermatología; 2020.
13. Beck KM, Yang EJ, Sanchez IM, Liao W. Treatment of genital psoriasis: a systematic review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2018;8(4):509-525.
14. Dopytalska K, Sobolewski P, Błaszczak A, Szymańska E, Walecka I. Psoriasis in special localizations. *Reumatologia*. 2018;56(6):392-398. doi: 10.5114/reum.2018.80718.
15. Meeuwis KA, de Hullu JA, Massuger LF, van de Kerkhof PC, van Rossum MM. Genital psoriasis: a systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol*. 2011 Jan;91(1):5-11
16. Reynolds KA, Pithadia DJ, Lee EB, Wu JJ. Treatments for inverse psoriasis: a systematic review. *J Dermatolog Treat*. 2020 Dec;31(8):786-793. doi: 10.1080/09546634.2019.1620912.
17. Partarrieu F, Martínez G, Pérez F, Alarcón R. Psoriasis flexural en un lactante con buena respuesta a tacrolimus. *Piel (Barc)*. 2016;31(6):440-41.
18. Dattola A, Silvestri M, Bennardo L, Del Duca E, Longo C, Bianchi L, et al. Update of calcineurin inhibitors to treat inverse psoriasis: a systematic review. *Dermatol Ther*. 2018 Nov;31(6):e12728.
19. Quintana L, De Lucas R. Psoriasis y otros trastornos papuloescamosos *Pediatr Integral*. 2021; XXV(4): 177 -83.
20. Wilmer EN, Hatch RL. Resistent "Candidal Intertrigo": could inverse psoriasis be the true culprit?. *J Am Board Fam*. 2013;26:211-214. Doi:10.3122/jabfm.2013.02.120210.
21. Amiri D, Willy C, Gether L, Skov L. Safety and efficacy of topical calcineurin Inhibitors in the treatment of facial and genital psoriasis: a systematic review. *Acta Derm Venereol* 2023. DOI: 10.2340/actadv.v103.6525
22. Kelly A, Ryan C. Genital Psoriasis: Impact on Quality of Life and Treatment Options. *Am J Clin Dermatol*. 2019;20(5):639-646.
23. Hong J, Mosca M, Haderl E, Brownstone N, Bhutani T, Liao W. Genital and inverse/Intertriginous psoriasis: an updated review of therapies and recommendations for practical management. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021;11(3):833–44. doi: 10.1007/s13555-021-00536-6