



DOCUMENTO DE CONSENSO

Documento de consenso del Grupo Español de Psoriasis (GPS) y del grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) sobre el manejo de la psoriasis pediátrica

A. Vicente^{a,*}, A. Pérez-Ferriols^b, A. Batalla^{c,d}, L. García-Fernandez^e, B. Pérez^f, N. Eiris^g, R. de Lucas^h, P. De La Cuevaⁱ y J.M. Carrascosa^j

- ^a Departamento de Dermatología, Hospital Universitario San Joan de Déu, Barcelona, España
- ^b Departamento de Dermatología, Consorci Hospital General Universitari de Valencia, Valencia, España
- ^c Departamento de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España
- ^d Grupo de Investigación DIPO, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Galicia, España
- ^e Departamento de Dermatología, Hospital Universitario San Juan, Alicante, España
- ^f Departamento de Dermatología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España
- ^g Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España
- ^h Departamento de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
- ⁱ Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España
- ^j Departamento de Dermatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Germans Trias I Pujol Research Institute (IGTP), Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 29 de febrero de 2024; aceptado el 1 de junio de 2024

PALABRAS CLAVE

Psoriasis pediátrica;
Tratamiento tópico;
Tratamiento sistémico;
Consenso

Resumen

Justificación y objetivos: Los Grupos de Psoriasis y Dermatología Pediátrica (GPS y GEDP) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) han generado recomendaciones para el tratamiento de la psoriasis pediátrica, basadas en la mejor evidencia disponible y la experiencia de expertos.

Metodología: Se siguió la metodología de grupos nominales, con ayuda de una revisión sistemática de la literatura (RSL). Tras designar una coordinadora, se seleccionó un grupo de integrantes con base en su experiencia y conocimiento en psoriasis pediátrica. La coordinadora definió los objetivos y puntos clave del documento y con ayuda de una documentalista, se realizó una

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: asuncion.vicente@sjd.es (A. Vicente).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.007>

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: A. Vicente, A. Pérez-Ferriols, A. Batalla et al., Documento de consenso del Grupo Español de Psoriasis (GPS) y del grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP) de la Academia. . . , ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.007>

RSL en Medline, Embase y Cochrane Library (hasta mayo de 2023). Se seleccionaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, así como estudios observacionales. Se revisaron otras guías de práctica clínica y documentos de consenso nacionales e internacionales. Con esta información, la coordinadora generó una serie de recomendaciones preliminares que fueron evaluadas y modificadas en una reunión de grupo nominal. Tras varios procesos de revisión y una evaluación externa se redactó el documento definitivo.

Resultados: Se presentan en el documento recomendaciones prácticas, en línea con otros documentos de la AEDV, sobre la evaluación y manejo de los pacientes con psoriasis pediátrica. Se aborda la valoración del paciente pediátrico, la definición de los objetivos terapéuticos en estos pacientes, así como los criterios de indicación y selección de tratamiento. Se incluyen, asimismo, cuestiones prácticas como el fracaso terapéutico, el mantenimiento de la respuesta, la comorbilidad o la gestión del riesgo.

© 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/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Pediatric psoriasis;
Topical treatment;
Systemic treatment;
Consensus

Consensus Statement from the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV) Psoriasis Working Group (SWG) and Pediatric Working Group (PWG) on the Management of Pediatric Psoriasis

Abstract

Justification and objectives: The Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV) Psoriasis and Pediatric Working Groups (PSW and PWG) have developed a set of recommendations for the management of pediatric psoriasis based on the best available evidence and experts' opinion.

Methodology: The methodology of nominal groups was followed, with help from a scoping review. A coordinator was designated, and a group of experts was selected based on their experience and knowledge on the management of psoriasis. The coordinator defined both the objectives and the key points of the document. Then, with help from a documentalists, a systematic literature review was conducted across Medline, Embase and Cochrane Library until May 2023. Systematic literature reviews, meta-analyses, and observational studies were included. National and international clinical practice guidelines and consensus documents were reviewed. With this information, the coordinator proposed preliminary recommendations that were discussed and modified in a nominal group meeting with all experts. After several review processes, which included an external review, the final document was generated.

Results: Practical recommendations on the evaluation and management of patients with pediatric psoriasis are presented in association with other AEDV documents. The evaluation of the pediatric patient, the definition of the therapeutic objectives, the criteria for indication and selection of treatment are addressed. Practical issues such as therapeutic failure, response maintenance, comorbidity and risk management are also included.

© 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La psoriasis es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población pediátrica, que provoca un gran impacto en la calidad de vida y desarrollo de los niños, incluso superior a otras enfermedades crónicas como la epilepsia o la diabetes¹⁻⁴. Distintos estudios europeos han mostrado una prevalencia de psoriasis del 0,18-0,55% en niños de cero a nueve años, y del 0,83-1,37% en niños de 10-19 años^{1,5,6}. Su debut es más frecuente durante la adolescencia y suele seguir un curso recidivante^{1,7}. La psoriasis pediátrica, al igual que en el adulto, es una enfermedad multisistémica, asociándose en muchos casos a diversas comorbilidades como la artritis psoriásica (APs), pero también a la obesidad, la depresión o el síndrome metabólico⁸.

Aunque la psoriasis pediátrica presenta los mismos subtipos clínicos que la psoriasis del adulto, las lesiones pueden diferir en distribución y morfología. Igualmente, los síntomas clínicos y el impacto de la psoriasis pediátrica pueden ser también diferentes y varían en función de la edad del paciente.

Actualmente, además de la fototerapia, disponemos de una serie de tratamientos farmacológicos para la psoriasis en la edad pediátrica como los tratamientos tópicos y los sistémicos incluyendo las terapias biológicas.

Los Grupos de Psoriasis y Dermatología Pediátrica (GPS y GEPD) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), en línea con otros documentos publicados sobre el manejo de la psoriasis en adultos, decidieron elaborar una serie de recomendaciones para el manejo far-

macológico específico de esta enfermedad en pacientes pediátricos (0 a 18 años). Por otro lado, aunque igual de relevante en el manejo integral del niño con psoriasis, el tratamiento no farmacológico (p. ej., ejercicio, helioterapia, soporte psicológico, manejo multidisciplinar) queda fuera del alcance de este documento.

El objetivo principal de este consenso es proporcionar a los dermatólogos una herramienta de consulta y apoyo para la toma de decisiones terapéuticas, que facilite la elección del mejor tratamiento disponible en cada momento para los pacientes con psoriasis pediátrica (incluyendo las localizaciones especiales). Al mismo tiempo, pretende recoger y homogeneizar las propuestas generadas e implementadas en la práctica clínica por expertos en psoriasis pediátrica en nuestro país. Todo ello basado en la mejor evidencia disponible actualmente y en la opinión de los propios expertos.

Este documento resulta especialmente relevante teniendo en cuenta que no disponemos de una guía específica para este grupo etario en nuestro propio entorno, y que distintos estudios han puesto de manifiesto que muchos pacientes con psoriasis pediátrica están infratratados por falta de conocimiento, miedos, etc.^{9,10}. Queremos remarcar en este punto que la edad del paciente no debe limitar el acceso a ningún fármaco.

Las recomendaciones generadas abarcan aspectos como la evaluación de la gravedad de la psoriasis en el paciente pediátrico y sus implicaciones prácticas, la indicación de los tratamientos disponibles, el establecimiento de objetivos terapéuticos y la respuesta al tratamiento, siempre teniendo en cuenta las características singulares (fisiología, farmacocinética, estructura familiar, etc.) de este grupo poblacional en comparación con los adultos.

Además, estas recomendaciones pueden ser de gran ayuda para otros profesionales de la salud implicados en el manejo de estos pacientes como médicos de atención primaria, reumatólogos, enfermería, pediatras o los gestores sanitarios.

Metodología

Diseño del estudio

Este documento de consenso ha sido promovido por el GPS y el GEPD de la AEDV. Para la elaboración del consenso se siguió la metodología de grupos nominales, con ayuda de una revisión sistemática de la literatura (RSL). El proyecto se efectuó en plena conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, referente a la investigación médica en seres humanos, en su última versión, y de acuerdo con la normativa aplicable sobre Buena Práctica Clínica.

Selección de participantes y desarrollo del documento

En primer lugar, se designó el coordinador y se seleccionó un grupo de dermatólogos con base en su experiencia y conocimiento en psoriasis pediátrica. Tras ello, en una primera reunión de grupo nominal, los expertos, con ayuda metodológica, definieron los objetivos, alcance, usuarios y apartados del documento. Junto con ello, se decidió rea-

lizar una RSL para analizar la eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos y la fototerapia en la psoriasis pediátrica (ver material suplementario). Para llevarla a cabo se contó con la ayuda de una experta documentalista que diseñó diferentes estrategias de búsqueda que incluyeron términos *Medical Subject Headings* (MeSH) y términos en texto libres para las principales bases de datos bibliográficas (Medline, Embase y la Cochrane Library) hasta mayo de 2023. Se seleccionaron RSL y metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios observacionales de calidad. Dos revisores seleccionaron los estudios y recogieron los datos de forma independiente.

Los resultados de la RSL y de otros documentos de consenso nacionales e internacionales^{8,11-15} fueron la base para elaborar las recomendaciones y el texto del documento preliminares.

Todo ello se discutió en una segunda reunión de grupo nominal en la que se generaron las recomendaciones definitivas. Tras varios procesos de revisión, que incluyeron la revisión externa por parte de los miembros del GPS, se redactó el documento definitivo.

Resultados

Además de la fototerapia, disponemos de una serie de tratamientos farmacológicos para la psoriasis en la edad pediátrica que incluyen el tratamiento tópico y los sistémicos (tabla 1). Sin embargo, actualmente para el tratamiento de la psoriasis pediátrica tienen indicación aprobada la fototerapia y las terapias biológicas.

Principios generales sobre el manejo del niño con psoriasis

En la tabla 1 se encuentran los tratamientos disponibles para la psoriasis pediátrica.

Características de la psoriasis pediátrica

Al igual que en la psoriasis del adulto, en la selección/priorización de los tratamientos deben tenerse en cuenta distintos factores relacionados con el fármaco, el paciente y su entorno, la propia psoriasis y el sistema sanitario, así como su organización^{16,17}.

Además, hay que considerar que la psoriasis pediátrica presenta una serie de características diferentes a la del adulto en relación con:

- Las características clínicas de la psoriasis (distribución, morfología, síntomas, impacto).
- Las características del paciente pediátrico (anatomofisiológicas, psicológicas, contexto familiar, educacional y social).
- La evaluación de la enfermedad por parte del dermatólogo y las indicaciones de uso de los fármacos.
- Implicación de los padres o tutores/cuidadores en la evaluación de la enfermedad y toma de decisiones terapéuticas.

La tabla 2 resume las principales características diferenciales entre la psoriasis pediátrica y la del adulto.

Q20 **Tabla 1**

Tratamientos tópicos	Corticoides (potencia muy alta, alta, intermedia, baja) Calcipotriol Betametasona/calcipotriol Inhibidores de la calcineurina Antralina Ácido salicílico
Fototerapia	Alquitranes UVB de banda ancha UVB de banda estrecha Psoraleno + luz ultravioleta A (PUVA) Láser de excímeros
Tratamientos sistémicos	Acitretina Metotrexato Ciclosporina Etanercept Adalimumab Ixekimumab Ustekinumab Secukinumab

Tabla 2 Características y diferencias en el manejo de la psoriasis pediátrica en comparación con la del adulto

Psoriasis	En niños < 2 años la psoriasis del área del pañal es la forma más frecuente; en el niño y el adolescente lo es la psoriasis en placas Lesiones más pequeñas y descamación más fina Mayor tendencia a desarrollarse en cara y superficies flexoras Mayor simetría Las lesiones pueden adoptar una morfología anular o serpinginosa Es frecuente el fenómeno isomórfico o de Koebner Afectación ungueal menos frecuente, sobre todo en niños pequeños El prurito es un síntoma frecuente
Población pediátrica	Características anatomofisiológicas: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor superficie corporal • Menor masa corporal • Superficie/volumen corporal muy alto • Mayor porcentaje de agua en el peso corporal total, sobre todo en los más pequeños • Características de absorción, distribución, metabolismo y eliminación específicas Estructura familiar, educacional y social específica Etapa vital donde el individuo se desarrolla no solo físicamente, sino también en su complejidad funcional (autonomía, personalidad, etc.), adquiere conocimientos académicos y aprende a vivir en sociedad Afrontamiento distinto de la enfermedad y consideraciones en relación con los tratamientos (gestión de la incertidumbre, miedo a las agujas, etc.) Dependencia de los padres o tutores/cuidadores Falta de herramientas específicas o adaptadas
Evaluación y manejo de la psoriasis	Dominios en los que evaluar la gravedad o la calidad de vida diferentes Escasa evidencia sobre la eficacia y seguridad de las intervenciones Indicaciones en fichas técnicas Implicación de los padres o tutores/cuidadores

206 Desde un punto de vista de la enfermedad, aunque los
207 tipos y localizaciones de la psoriasis pediátrica son las
208 mismas que en el adulto, existen algunas diferencias. Por
209 ejemplo, en los menores de dos años, la psoriasis del área del
210 pañal es la forma más frecuente¹⁸, mientras que en los niños
y adolescentes lo es la psoriasis en placas^{19,20}. La segunda

forma más frecuente es la psoriasis en gotas²¹. La afecta-
ción ungueal puede aparecer hasta en el 40% de los casos,
pero es menos frecuente que en el adulto²². Asimismo, en la
psoriasis pediátrica las lesiones tienden a ser más pequeñas,
a presentar una descamación más fina que en los adultos²⁰
y a ser más simétricas²³. También suelen desarrollarse más

211
212
213
214
215

Tabla 3 Principales características de las herramientas para evaluar la gravedad de la psoriasis en niños y adolescentes

Herramienta	Limitaciones de su uso en niños y adolescentes	Validación en población pediátrica	Referencia
PASI	Proporciones corporales distintas al adulto	NO	
BSA	Proporciones corporales distintas al adulto	NO	
CDLQI	Dificultad del niño para comprender/expresarse/cumplimentar los ítems que se pregunta	4-16 años	30
PGA	-	NO	
PSI	-	4-17 años	32

PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*; BSA: *Body Surface Area*; CDLQI: *Children's Dermatology Life Quality Index*; PGA: *Physician's Global Assessment*; PSI: *Simplified Psoriasis Index*.

a menudo en la cara y superficies flexoras²⁰. El prurito es un síntoma habitual que provoca considerables trastornos cotidianos y del sueño^{7,24-26}.

Al igual que en el adulto, el impacto de la enfermedad en el niño puede ser muy importante, así como en su entorno. Los niños con psoriasis pueden ver alterado su bienestar educativo, físico, psicológico, emocional, familiar y social²⁻⁴.

El abordaje del paciente pediátrico debe ser holístico teniendo en cuenta la afectación cutánea, las comorbilidades y otras cuestiones individuales^{27,28}. La decisión final sobre qué fármaco prescribir debe quedar en manos del criterio clínico del dermatólogo, que después de valorar las variables referidas y aplicarlas al paciente individual, tomará una decisión final justificada, en la que se implicará a los padres o tutores/cuidadores del paciente. En este sentido, la edad del paciente no debe limitar el acceso a las diferentes opciones terapéuticas.

Evaluación de la gravedad en la psoriasis pediátrica

La determinación de la gravedad es fundamental para el establecimiento del objetivo terapéutico, para la toma de decisiones terapéuticas y para monitorizar la respuesta al tratamiento. En la población pediátrica, esta se realizará de igual manera que en el adulto^{16,17}, teniendo en cuenta las características específicas de la psoriasis pediátrica, considerándose psoriasis moderada-grave si:

- *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) ≥ 10 o *Body Surface Area* (BSA) ≥ 10 o *Physician's Global Assessment* (PGA) ≥ 3 o *Children's Dermatology Life Quality Index* (CDLQI) ≥ 10
- Localizaciones especiales
- Formas graves (eritrodérmica y pustular)
- Presencia de APs
- Fracaso al tratamiento tópico

Junto con estos criterios también se recomienda valorar otros factores que pueden determinar la gravedad de la psoriasis como el impacto en el rendimiento escolar. Asimismo, en muchos casos, especialmente en los niños más pequeños, se deberá colaborar con los padres o tutores/cuidadores para analizar la gravedad de la psoriasis.

Sin embargo, en la población pediátrica, hay que mencionar una serie de cuestiones en relación con los índices de gravedad empleados en la población adulta (tabla 3). El PASI

y BSA y sus puntos de corte actualmente no están formalmente validados y/o adaptados. Además, pueden presentar ciertas limitaciones por las diferencias en la composición corporal entre niños y adultos. Por ello, se ha propuesto una forma estándar de medir el BSA en niños con la «regla de los 9», con ajuste de las proporciones corporales relativas regionales y la edad²⁹. El CDLQI, por otro lado, es una encuesta validada de 10 preguntas para evaluar la calidad de vida en pacientes de cuatro a 16 años, derivado del DLQI del adulto³⁰. Incluye variables como el picor, el sueño y la higiene, el impacto en las relaciones y las actividades, y la eficacia del tratamiento. Está disponible tanto como texto como con viñetas animadas^{30,31}. Aunque mide la calidad de vida, puede ser un índice subrogado de gravedad de la enfermedad. A partir de los 16 años se puede utilizar el DLQI como en los adultos. El *Simplified Psoriasis Index* (PSI) es un índice validado en niños que además de evaluar la gravedad de las lesiones cutáneas, incluye también el deterioro psicosocial del paciente y el uso de tratamientos previos³². Sin embargo, está muy poco extendido.

Estos índices son de difícil aplicación en niños menores de cuatro años, por lo que el PGA podría ser una alternativa válida para valorar la gravedad de la enfermedad en estos pacientes. De forma individualizada, en casos muy complejos incluso una escala visual analógica (EVA) podría ayudar enormemente en la evaluación de la gravedad.

A pesar de las limitaciones expuestas sobre los índices de gravedad, con base en la experiencia de los expertos de este documento, se considera que son perfectamente extrapolables a la población pediátrica con los mismos puntos de corte que los establecidos para la población adulta.

Tal y como se ha descrito en otros documentos del GPS, además de la gravedad, la sintomatología asociada, el impacto en la calidad de vida, en el desarrollo psicosocial y educativo del menor, así como la opinión de los padres o tutores/cuidadores son otros aspectos que consideraremos en la toma de decisiones terapéuticas^{16,17}.

Objetivo terapéutico

En relación con el establecimiento del objetivo terapéutico (tabla 4), como en el adulto³³, hay que aspirar siempre a la excelencia (aclaramiento total de la piel y ausencia de síntomas y de impacto de la enfermedad en el paciente). Este punto es especialmente crítico en los niños, ya que por un lado se encuentran en un momento vital de su desarrollo, y por otro, es de esperar que convivan con la psoriasis

Tabla 4 Consideraciones sobre el establecimiento del objetivo terapéutico en la psoriasis pediátrica

1	El objetivo terapéutico debe: <ul style="list-style-type: none"> • Individualizarse • Adaptarse a las características de la enfermedad • Adaptarse a las características del paciente pediátrico • Establecerse de forma independiente del tipo de fármaco • Ponderarse el impacto en la seguridad, calidad de vida y eficiencia que puede suponer el intentar alcanzar el aclaramiento completo de la enfermedad • Tener presente las peculiaridades de la evaluación de la gravedad en el paciente pediátrico
2	Al establecer el objetivo terapéutico es recomendable diferenciar entre: <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo óptimo • Objetivo clínicamente adecuado
3	Entre los objetivos óptimos deben incluirse: <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar una respuesta PASI100, PASI absoluto 0 o el aclaramiento completo • Ausencia de manifestaciones clínicas asociadas a la psoriasis • Ausencia de impacto de la psoriasis en las esferas física, psicológica, emocional, educativa, familiar y social
4	Entre los objetivos clínicamente adecuados deben incluirse: <ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar una respuesta PASI 90, PASI absoluto ≤ 3, BSA < 3 y PGA 0-1 (en localizaciones especiales PGA ≤ 1) • Minimizar el impacto en calidad de vida y desarrollo del niño • Alcanzar la actividad mínima de la enfermedad (AME)
5	En pacientes concretos o situaciones determinadas (múltiples fracasos previos, problemas de toxicidad, etc.) pueden considerarse clínicamente adecuados otros objetivos terapéuticos menos exigentes, como el PASI75 o PASI absoluto ≤ 5

PASI: *Psoriasis Area and Severity Index*; BSA: *Body Surface Area*; CDLQI: *Children's Dermatology Life Quality Index*; PGA: *Physician's Global Assessment*.

304 durante muchos años. Así, resulta fundamental un control
305 muy estrecho de la psoriasis desde su diagnóstico.

306 Sin embargo, muchos pacientes pediátricos, aunque res-
307 ponden, no alcanzan este objetivo terapéutico³³. Es por ello
308 que, de forma individualizada, se pueden aceptar objeti-
309 vos de tratamiento menos exigentes (p. ej., en pacientes
310 refractarios a múltiples terapias, por problemas de toxici-
311 dad, etc.).

312 Por otro lado, tal y como hemos comentado en apartados
313 previos, todo debe adaptarse al contexto del paciente pediá-
314 trico. En este punto, resulta fundamental la interacción y
315 colaboración con los padres o tutores/cuidadores.

316 En el contexto pediátrico es especialmente relevante
317 y crítico explicar e informar con detenimiento las caracte-
318 rísticas y evolución de la enfermedad, las opciones y
319 expectativas terapéuticas, y tener en cuenta la necesidad
320 de consentimiento informado ante determinados fármacos.

321 Criterios de selección del tratamiento tópico, sistémico 322 y fototerapia

323 Una vez determinada la gravedad de la psoriasis, en la selec-
324 ción/priorización de los tratamientos se deben tener en
325 cuenta distintos factores relacionados con: 1) el tipo de pso-
326 riasis; 2) el paciente (edad y comorbilidades); 3) el fármaco
327 (evidencia disponible, vía de administración, velocidad de
328 instauración del efecto, conveniencia, etc.); 4) las prefe-
329 rencias del paciente y familia; y 5) el sistema sanitario y su
330 organización^{16,17}.

331 Además, se tendrán en cuenta la idiosincrasia y el
332 entorno del niño. Se debe analizar previamente si un deter-
333 minado tratamiento es el más adecuado para cada caso
334 concreto o si, por el contrario, puede tener un impacto nega-
335 tivo en las distintas esferas de la vida diaria del menor³⁴. A la
336 hora de evaluar el impacto negativo en la calidad de vida del

paciente, deberemos tener en cuenta aspectos tales como
si el paciente falta al colegio por el tratamiento o por la
realización de analíticas, la presencia de estigmas, si las
formulaciones de los tratamientos tópicos no son cosmétic-
amente aceptables, si ha desarrollado fobias a las agujas o
los pinchazos le provocan estrés y ansiedad.

También hay que considerar las características regula-
torias descritas en las fichas técnicas de los medicamentos (ver
apartado 3.2 y tablas 5 y 6).

Evaluación de la respuesta al tratamiento y definición de fracaso terapéutico

Para definir el fracaso terapéutico, se tendrán en cuenta las
mismas consideraciones que en el adulto^{16,17}, adaptándolas
a las peculiaridades de la población pediátrica. Así definimos
fracaso terapéutico si:

- No se ha conseguido el objetivo terapéutico propuesto: fracaso terapéutico primario.
- Se pierde el objetivo terapéutico propuesto: fracaso terapéutico secundario.
- El paciente alcanza el objetivo terapéutico, pero a costa de toxicidad relevante que obliga a una suspensión del tratamiento: fallo de seguridad.
- El tratamiento está provocando un impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

En cuanto a los plazos de tiempo para establecer un fracaso terapéutico, estos dependerán del tipo del tratamiento empleado.

Finalmente, también se quiere destacar la relevancia de evaluar la adherencia del paciente al tratamiento antes de determinar la presencia de un fracaso terapéutico definitivo.

Tabla 5 Características principales de eficacia, seguridad y uso de los tratamientos tópicos

Tratamiento tópico	Inducción	Mantenimiento	Nivel evidenc.	Recomendación de uso según edad
Corticoides de potencia muy alta o alta	++/+++	+	Medio	-Corticoides potencia muy alta • Clobetasol; niños > 2 años -Corticoides potencia alta • Fluticasona: propionato niños > 1 año • Hidrocortisona: aceponato todos • Mometasona: fluorato niños > 2 años
Corticoides de potencia media	+ / ++	¿?	Medio-bajo	-Beclometasona: niños > 1 año -Betametasona: valerato niños > 12 años -Fluocinolona: niños > 1 año -Hidrocortisona butirato propionato: todos -Metilprednisolona: niños > 4 meses -Prednicartrato: niños > 2 años -Hidrocortisona: todos
Corticoides de potencia baja	+	¿?	Medio-bajo	
Calcipotriol	++	+ / ++	Medio	-Niños > 6 años -Dosis máxima: 50 mg/sem 6-12 años; 75 mg/sem > 12 años -A juicio del médico
Calcipotriol/dipropionato de betametasona	++/+++	¿?	Medio-bajo	
Antralina	+	¿?	Bajo	-A juicio del médico
Ácido salicílico	- / ¿?	¿?	Bajo	-Todos -Precaución o evitar en menores de 2 años
Alquitrán	+	¿?	Bajo	-A juicio del médico
Inhibidores de la calcineurina	+ / ++	+	Bajo	-Tacrolimus: niños > 2 años -Pimecrolimus: > 3 meses

AA: acontecimientos adversos.

+++ : Muy (eficaz, seguro, adherencia, preferido por el paciente); ++ : Bastante (eficaz, seguro, adherencia, preferido por el paciente); + : Algo (eficaz, seguro, adherencia, preferido por el paciente); - / + : Dudoso (eficaz, seguro, adherencia, preferido por el paciente); - : no (eficaz, seguro, adherencia, preferido por el paciente); ¿? : Desconocido.

Evidencia y uso de los tratamientos disponibles en la psoriasis pediátrica

Tratamiento tópico

Los tratamientos tópicos, con la excepción de los corticoides tópicos, no tienen indicación en ficha técnica para la psoriasis pediátrica. Sin embargo, son ampliamente utilizados en la práctica diaria tanto en pacientes con psoriasis leve como en aquellas más graves como terapia coadyuvante (tabla 5). Aunque adolecen de ECA específicos de calidad, su eficacia y seguridad se han analizado en múltiples estudios observacionales, tanto a corto como a largo plazo³⁵⁻⁴⁸.

Si bien no hay estudios comparativos *head-to-head*, al menos de forma indirecta, hay datos que sugieren que los corticoides, los análogos de la vitamina D y la combinación en un único producto de calcipotriol/dipropionato de betametasona¹¹, parecen ser más eficaces que otros tratamientos tópicos en la psoriasis en placas pediátrica (formas leves y graves).

Corticoides tópicos. La evidencia sobre la eficacia y seguridad proviene de estudios observacionales de calidad moderada-baja (tabla 5). Se ha estimado un porcentaje de mejoría/resolución de las placas con su uso durante ocho

a 12 semanas del 72,7%, siendo la eficacia mayor a mayor potencia del corticoide³⁵⁻³⁷.

El perfil de seguridad es aceptable y similar al de los adultos, siendo la irritación y el picor en el lugar de aplicación los acontecimientos adversos más frecuentes³⁶. Los acontecimientos adversos sistémicos son muy infrecuentes.

Los corticoides tópicos de potencia muy alta/alta deben utilizarse con precaución, durante el menor tiempo posible. Además, los pacientes deben ser monitorizados clínicamente por parte del dermatólogo de forma estrecha, adaptando esta monitorización a las características del niño.

Los expertos recomiendan informar y explicar en detalle a los padres o tutores/cuidadores y a los niños mayores sobre la cantidad y forma de aplicación de estos tratamientos, así como de la posibilidad de rebote si se interrumpen bruscamente (especialmente los corticoides tópicos más potentes)^{49,50}. Las tablas 5 y 7 muestran una serie de indicaciones y recomendaciones y en la tabla 8 se expone una guía de uso de estos fármacos, que varía en función de la localización y la edad del paciente.

Calcipotriol. Un ECA de ocho semanas en pacientes pediátricos con psoriasis en placa moderada-grave encontró que

Tabla 6 Guía de uso de fármacos sistémicos en la psoriasis pediátrica

Fármaco	Ficha técnica	Dosificación
MTX	-Fuera de indicación -No se recomienda < 3 años	-Vía oral/parenteral: • Dosis inicial 10-15 mg/m ² /sem o 0,2 mg/kg/sem, con aumento hasta 20 mg/m ² /sem o 0,7 mg/kg/sem, según respuesta • Dosis máxima 25 mg/sem • Si se aumenta la dosis, control más frecuente -Se recomienda ácido fólico 1-5 mg/día excepto día de MTX
CsA	-Fuera de indicación	-Vía oral: • Dosis inicial 2,5 mg/kg/día • Si respuesta no satisfactoria 2 sem, incrementar gradualmente dosis hasta máximo 5 mg/kg/día • Suspender si no respuesta tras un mes a dosis máxima • Si control de psoriasis, disminuir dosis hasta mínima dosis eficaz • Se recomiendan cursos intermitentes -Vía parenteral: • Diluir la dosis en suero salino fisiológico al 0,9% o suero glucosado a concentración ≤ 2,5 mg/ml y administrar en perfusión intravenosa intermitente de 2-6 h
Acitretina	-Fuera de indicación -No se recomienda en niños y adolescentes a menos que, a juicio del médico, los beneficios superen significativamente los riesgos	-Vía oral: • Dosis inicial 0,3-0,5 mg/kg • Aumento hasta 1 mg/kg, según respuesta • Si control de psoriasis, se puede disminuir hasta 0,2 mg/kg. Tras la remisión se continúa a esta dosis dos meses y después suspensión
ETN	-Niños ≥ 6 años con psoriasis en placas grave refractarios/intolerantes a otras terapias sistémicas o fototerapia	-Vía subcutánea: • Dosis inicial 0,8 mg/kg/sem (máximo 50 mg por dosis) durante un periodo máximo de 24 sem • Suspender si no hay respuesta a las 12 sem • Si se vuelve a pautar ETN, seguir las mismas pautas
ADA	-Niños ≥ 4 años con psoriasis en placas grave refractarios o no apropiados para tratamiento tópico y fototerapia	-Vía subcutánea: • 15 kg a < 30 kg: dosis inicial 20 mg, seguida de 20 mg en semanas alternas empezando 1 sem después de la inicial • ≥ 30 kg: dosis inicial de 40 mg, seguida de 40 mg en semanas alternas empezando 1 sem después de la inicial • Si a las 16 semanas no hay respuesta, evaluar su continuación o suspensión
SEC	-Niños ≥ 6 años con psoriasis en placas moderada o grave candidatos a tratamientos sistémicos	-Vía subcutánea: semanas 0, 1, 2, 3 y 4 y luego mensualmente • <25 kg 75 mg • 25 a <50 kg 75 mg • ≥50 kg 150 mg (se puede aumentar a 300 mg)
UST	-Niños ≥ 6 años con psoriasis en placas moderada o grave refractarios / intolerantes a otras terapias sistémicas o fototerapias	-Vía subcutánea: sem 0, sem 4, posteriormente cada 12 sem • < 60 kg 0,75 mg/kg • ≥ 60 a ≤ 100 kg 45 mg • > 100 kg 90 mg
IXE	-Niños ≥ 6 años y peso ≥ 25 kg con psoriasis en placas moderada o grave candidatos a tratamientos sistémicos	-Vía subcutánea: • 25 a 50 kg sem 0 80 mg, posteriormente 40 mg/4 sem • > 50 kg sem 0 160 mg (2 inyecciones 80 mg), posteriormente 80 mg/4 sem

MTX: metotrexato; CsA: ciclosporina; ETN: etanercept; mg: miligramo; m²: metro cuadrado; sem: semana; kg: kilogramo; ml: mililitro.

412 el calcipotriol tópico aplicado dos veces al día durante ocho
413 semanas era significativamente superior al placebo en la dis-
414 minución del enrojecimiento y la descamación, así como en
415 la consecución de un mayor porcentaje de pacientes con
416 PGA 0/1 según el médico³⁸. Sin embargo, no hubo diferen-
417 cias significativas en los cambios del PASI (basal vs. final del
418 tratamiento), en la disminución del grosor o de la extensión

de las lesiones, ni en el porcentaje de pacientes con PGA
0/1 según el paciente³⁸. Los acontecimientos adversos en
general fueron leves siendo la irritación de la piel el más
frecuente³⁸. Estudios observacionales han mostrado un por-
centaje de mejoría/resolución de las placas del 57,2-100%
con calcipotriol tópico, con buena aceptación cosmética y
buen perfil de seguridad^{11,35-37,42,52}.

419
420
421
422
423
424
425

Tabla 7 Recomendaciones prácticas de uso de los tratamientos tópicos en la psoriasis pediátrica

Corticoides tópicos	-Evitar los corticoides de potencia alta y especialmente los de potencia muy alta en la cara, pliegues, genitales y área del pañal. Si se usan, hacerlo durante periodos de tiempo muy cortos. En estos casos son preferibles los de potencia baja -En general, usarlos durante periodos de tratamiento cortos -Preferible su uso una vez al día durante 1-2 semanas e ir disminuyendo progresivamente hasta suspender
Calcipotriol	-Preferible su uso una vez al día durante al menos dos semanas (poder constatar su eficacia). Generalmente se precisan tratamientos de 1-2 meses -En general no usar si las lesiones son extensas (BSA > 30%) -Pueden pautarse como ahorrador de corticoides tópicos
Calcipotriol/dipropionato de betametasona	-Valorar especialmente para la psoriasis del cuero cabelludo -Preferible su uso una vez al día durante cuatro semanas
Inhibidores de calcineurina	-Valorar especialmente para psoriasis en zonas sensibles (cara, pliegues, genitales) -Preferible su uso dos veces al día en periodos cortos y de forma intermitente si el uso es prolongado -Pueden pautarse como ahorrador de corticoides tópicos
Antralina	-Valorar especialmente en placas gruesas y pocas lesiones
Alquitranes	-Valorar especialmente en placas gruesas y pocas lesiones
Ácido salicílico	-No hay evidencia clara sobre su eficacia

Tabla 8 Guía de uso de corticoides tópicos en función de la localización y edad del paciente según el *Fingertip unit** (FTU)

Localización	3-6 meses	1-2 años	3-5 años	6-10 años	> 10 años
Cara y cuello	1	1,5	1,5	2	2,5
Tórax y abdomen	1	2	3	3,5	7
Espalda	1,5	3	3,5	5	7
Brazo y mano	1	1,5	2	2,5	4
Mano y dedos**					1
Pierna y pie	1,5	2	3	4,5	8

Adaptado de Long CC et al.⁵¹.

Una FTU se describe como «la cantidad de crema/ungüento exprimido de un tubo con una boquilla de 5 mm de diámetro aplicada desde el pliegue distal de la cara palmar de la yema del dedo índice, aproximadamente 0,5 g».

* *Fingertip unit* = unidad yema de dedo.

** Ambas caras.

426 El calcipotriol tópico puede actuar como ahorrador de
427 corticoides y también puede aplicarse en la piel sensible
428 para minimizar el riesgo de efectos secundarios locales de
429 los corticoides tópicos.

430 **Calcipotriol/dipropionato de betametasona.** Esta combi-
431 nación en pomada, en pacientes pediátricos con psoriasis
432 en placa moderada-grave, usada de forma estándar con
433 una aplicación diaria durante cuatro semanas, con poste-
434 rior ajuste de dosis, mejoró sustancialmente el PASI, efecto
435 que se mantuvo hasta las 48 semanas⁴⁸. También mejoró la
436 puntuación del CDLQI, PGA y BSA, el dolor y prurito, con un
437 buen perfil de seguridad⁴⁸. Otros estudios observacionales
438 han reportado un porcentaje de mejoría/resolución de las
439 placas del 32,1-80% con su uso³⁵⁻³⁷.

440 **Inhibidores de la calcineurina tópicos.** La evidencia de
441 estos fármacos en la psoriasis pediátrica en placas es escasa,
442 aunque sugieren que pueden ser eficaces, estimándose un
443 porcentaje de mejoría/resolución de las lesiones mayor del
444 50%^{35,53}. Sus principales efectos secundarios son el prurito y
445 la irritación local, y pueden favorecer la aparición de infec-
ciones cutáneas y el acné⁵³.

446 **Antralina.** Varios estudios observacionales han evaluado la
447 eficacia y seguridad de la antralina, en tratamientos cor-
448 tos de unas ocho a 12 semanas, en la psoriasis en placas
449 pediátrica sobre todo moderada-grave^{35,46,54,55}. Se han docu-
450 mentado mejorías en el PASI del 69,3%, mejoría/resolución
451 de las lesiones del 3,7-81%, pero también cambios positi-
452 vos en el CDLQI. La reacción adversa documentada fue la
453 irritación.

454 **Ácido salicílico.** El tratamiento tópico con ácido salicílico
455 no ha mostrado clara eficacia en estudios observacionales,
456 aunque la evidencia sobre su uso es escasa³⁵⁻³⁷.

457 El uso tópico de ácido salicílico presenta un riesgo
458 bajo de intoxicación sistémica crónica o aguda, con sínto-
459 mas como dolor oral, cefalea, mareos, tinnitus, náuseas o
460 hiperventilación⁵⁶⁻⁵⁸. Estos síntomas pueden aparecer tras
461 un tratamiento tópico de grandes superficies corporales (>
462 20%)^{57,59,60}, especialmente en niños menores de 12 años y en
463 pacientes con insuficiencia renal o hepática^{56,60,61}. Por ello,
464 se debe ser muy cuidadoso si se decide pautarlo (tabla 9).

465 **Alquitrán.** El alquitrán suele utilizarse en combinación con
la fototerapia en la psoriasis pediátrica en placas⁶². La evi-

Tabla 9 Guía de uso de ácido salicílico en función de la localización y edad del paciente

Edad	Concentración	Superficie corporal	Duración
0-2 años	Precaución (1-1,5%)	Precaución (<0,5%)	Precaución
3-6 años	1,5-2%	< 10%	1-3 días
7-14 años	2-3%	< 20%	1-3 días
> 14 años	5%	≤ 20%	1-3 días

dencia sobre su uso en monoterapia es escasa, pero podría ser eficaz³⁵. El alquitrán tiene un buen perfil de seguridad, aunque cosméticamente no es satisfactorio.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico está indicado en pacientes con psoriasis pediátrica moderada-grave.

Disponemos de diferentes tratamientos sistémicos que han demostrado eficacia en la psoriasis pediátrica en placas, pero actualmente solo las terapias biológicas tienen indicación en ficha técnica.

Cabe resaltar que el metotrexato (MTX), la acitretina y la ciclosporina (CsA) no tienen indicación en menores de 18 años según la ficha técnica.

La **tabla 10** resume la eficacia de los tratamientos sistémicos y la **tabla 6** muestra una guía sobre su uso. En el apartado de gestión del riesgo se detalla la monitorización de estas terapias (**tabla 11**).

Metotrexato. El MTX es el fármaco sistémico clásico más usado en la psoriasis pediátrica^{36,39,40,64-66,68-73}. Este fármaco puede pautarse vía oral o parenteral semanalmente. De forma habitual, se usa en monoterapia, pero puede utilizarse, de forma muy individualizada, en combinación con terapias biológicas⁷³. Las **tablas 6 y 10** describen sus principales características.

Varias RSL han descrito la eficacia del MTX (a distintas dosis y regímenes) en tratamientos de seis semanas hasta cuatro años^{36,68,69}, encontrando que el MTX se asocia hasta con un 90% de mejoría importante/aclaramiento de la psoriasis pediátrica en placas. Un ECA objetivó que el MTX (0,1-0,4 mg/kg/semana) conseguía a las 16 semanas los siguientes resultados: PASI75 32,4%, PGA 0/1 40,5%, PASI90 22%, PASI100 3%, CDLQI -5,0, PedQL 1,9⁶⁶. La tasa de acontecimientos adversos fue del 76% y de acontecimientos adversos graves del 5%⁶⁶. Los datos a las 52 semanas confirmaron lo descrito a las 16 semanas⁷⁰. Estudios observacionales de hasta cinco años de duración están en la misma línea^{65,71}. El MTX también mejora la calidad de vida^{40,65}, y es muy eficaz en niños con APs asociada⁸⁴. Por otro lado, se ha estimado una supervivencia con MTX del 77,5% al año, del 50,3% a los tres años y del 35,9% a los cinco años⁷², significativamente menor a la alcanzada con las terapias biológicas⁷².

Su perfil de seguridad es muy similar al descrito en adultos^{39,64,65,71}.

Ciclosporina. La CsA es otro fármaco sistémico clásico empleado en la psoriasis pediátrica, especialmente en algunas localizaciones especiales y formas graves (ver apartado 3.4). Habitualmente se pauta vía oral, aunque también puede usarse vía parenteral.

En RSL y estudios observacionales se ha reportado un porcentaje de pacientes que alcanza el PASI75 y PASI90 del 25% y 15% a las 24 semanas de tratamiento, con un buen perfil de seguridad, muy similar al del adulto^{36,39,64,68,69}.

Acitretina. Este retinoide se ha analizado en pacientes pediátricos con psoriasis pustulosa, psoriasis en gotas generalizada, psoriasis eritrodérmica y en localizaciones especiales (ver capítulos correspondientes)^{36,68,69}. Sin embargo, la evidencia sobre su uso en pacientes con psoriasis en placa es escasa^{36,68,69}.

Aunque en los estudios publicados no hay graves problemas de seguridad, los retinoides pueden presentar acontecimientos adversos musculoesqueléticos relevantes por su uso crónico a dosis altas^{85,86}. Más concretamente, se han asociado a un cierre epifisario prematuro, hiperostosis, calcificación de los ligamentos espinales anteriores, formación de hueso perióstico y disminución de la densidad mineral ósea^{85,86}. Es importante tener presente también que la acitretina es un fármaco teratogénico⁸⁷.

Terapias biológicas. Actualmente tienen indicación para su uso en la psoriasis pediátrica moderada y/o grave etanercept (ETN), adalimumab (ADA), ustekinumab (UST), secukinumab (SEC) e ixekizumab (IXE). Son el único grupo de fármacos que dispone de ECA de calidad y datos a corto y medio-largo plazo (**tabla 10**). Sus indicaciones de uso en ficha técnica y monitorización también vienen dadas por los resultados de estos estudios.

Los datos sobre su eficacia y seguridad en pacientes pediátricos hacen que cada vez más se consideren como tratamiento sistémico de primera línea.

El ETN ha demostrado ser significativamente superior al placebo en pacientes con psoriasis pediátrica (≥ 4 años) y BSA del 10%⁷⁷. Con ETN, a las 12 semanas se alcanzaron respuestas PASI75 del 57%, PASI90 del 27% y PGA 0/1 del 53%. Esta mejoría se mantuvo en la semana 36, donde el porcentaje de pacientes que alcanzaron PASI75 fue del 65-68%, PASI90 del 38-41% y PGA 0/1 del 53-56%⁷⁷. Los resultados se mantuvieron a los dos años (PASI75 61%, PASI90 30%, PGA 0/1 47%)⁷⁸, y cinco años (PASI75 70%, PASI90 40%, PGA 0/1 50%)⁷⁹. También se asocia a una importante mejoría en la calidad de vida⁷⁶⁻⁷⁹. La eficacia de ETN se ha constatado independientemente del grupo de edad, pero se ha objetivado que la respuesta PASI75 es menor en los pacientes con sobrepeso/obesidad en comparación con los niños con normopeso⁷⁹. El ETN en general fue bien tolerado, siendo las infecciones los acontecimientos adversos más frecuentes, y los acontecimientos adversos graves muy infrecuentes⁷⁶⁻⁷⁹.

Por otro lado, ADA ha demostrado ser eficaz en niños (≥ 4 años) con psoriasis en placa grave^{66,70}. Los resultados de ADA a dosis de 0,4 y 0,8 mg/kg a las 16 semanas fueron los siguientes: PASI75 43,6% y 57,9%, PASI90 13% y 29%, PASI100

Tabla 10 Eficacia de los tratamientos sistémicos en la psoriasis pediátrica

Fármaco	PASI75	PASI 90	PASI 100	PGA 0/1	CDLQI 0/1	Supervivencia	Nivel de evidencia
MTX ^{36,39,40,63-73}	Sem 4 4% Sem 12 4,3-80,6% Sem 16 32,4% Sem 24 33,3% Sem 28 16,5% Sem 36 40% Sem 48 28,6%	Sem 12 0-47,2% Sem 16 22% Sem 24 23,8% Sem 28 17,8% Sem 36 20% Sem 48 40%	Sem 16 3%	Sem 4 8,1% Sem 8 18,1% Sem 16 40,5%	-	1 año: 21,1-77,5% 2 años: 6,8% 3 años: 3,4-50,3% 5 años: 35,9%	Medio
CsA ^{36,64,68,69}	Sem 24 25%	Sem 24 15%	-	-	-	1 año: 15,1% 2 años: 6,5% 3 años: 0%	Medio-bajo
Acitretina ^{36,64,68,69}	Sem 36 21,3%	Sem 36 26,2%	-	-	-	1 año: 36,3% 2 años: 13,3% 3 años: 13,3%	Bajo
ETN ^{67,74-81}	Sem 12 54,7-63,4% Sem 24 63,4-65,2% Sem 36 67-68% Sem 52 52,1-68,3% Sem 96 61% 5 años 70%	Sem 12 27,4-40% Sem 36 40,4-41% Sem 52 51,2% Sem 96 30% 5 años 40%	Sem 12 17,1-53% Sem 52 22%	Sem 12 52,6-53% Sem 24 48% Sem 36 52,1-56% Sem 52 21,7-56,1% Sem 96 47% 5 años 50%	-	1 año: 41,3-70% 2 años: 32-53% 5 años: 9-30%	Alto
ADA ^{66,67,70,81}	Sem 4 15,4-23,7% Sem 8 38,5-47,4% Sem 16 43,6-57,9% Sem 52 47,2-86,1	Sem 16 13-29% Sem 52 33,3-66,7%	Sem 16 10-18% Sem 52 22,2-41,7%	Sem 4 20,5-28,9% Sem 8 35,9-44,7% Sem 16 41-60,5% Sem 52 50-75%	-	1 año: 38,6-77% 2 años: 15-67% 5 años: 2-48%	Alto
SEC ⁷⁵	Sem 12 77,5-80% Sem 24 87,5-92,5% Sem 52 87,5%-94,4%	Sem 12 67,5-72,5% Sem 52 75-81,3%	Sem 12 27,5-30% Sem 52 40-62%	Sem 12 60-70% Sem 24 75-87,5% Sem 52 72,5-87,5%	Sem 12 44,7-50% Sem 52 60,6-66,7%	-	Alto
UST ^{67,81,82}	Sem 12 78,4-80,6% Sem 52 se mantiene	Sem 12 54,1-61,1% Sem 52 se mantiene	-	Sem 12 67,6-69,4% Sem 52 se mantiene	Sem 12 38,7-56,7% Sem 52 50%-58,6%	1 año: 37-85% 2 años: 13-78% 5 años: 3-65%	Alto
IXE ^{80,83}	Sem 12 89% Sem 48 90% Sem 60 90% Sem 108 91,7%	Sem 12 78% Sem 48 83% Sem 60 83,3% Sem 108 79%	Sem 12 50% Sem 48 55% Sem 60 53,2% Sem 108 55,1%	Sem 12 81% Sem 48 81% Sem 60 80% Sem 108 78,3%	Sem 12 64% Sem 48 76%	-	Alto

MTX: metotrexato; CsA: ciclosporina; ETN: etanercept; ADA: adalimumab; SEC: secukinumab; UST: ustekinumab; IXE: ixekizumab; PASI: Psoriasis Area Severity Index; PGA: evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico; CDLQI: *Children's Dermatology Life Quality Index*; Sem: semana.

566 10% y 18%, PGA 0/1 41,0% y 60,5%, y CDLQI -4,9 y -6,6⁶⁶.
567 El ADA, a dosis de 0,8 mg/kg, fue significativamente superior
568 al MTX en términos de PASI75 y PedQL, pero no hubo
569 diferencias en PGA 0/1, PASI90, PASI100 y CDLQI. La tasa
570 de acontecimientos adversos fue del 77% y 68%, respectivamente
571 y la de acontecimientos adversos graves del 13%
572 y 3%⁶⁶. Las infecciones fueron los acontecimientos adversos

más frecuentes⁶⁶. Los datos a las 52 semanas confirman los
datos observados a las 16 semanas⁷⁰.

Se ha publicado un ECA que evaluó el SEC a dosis bajas (75/75/150 mg), dosis más altas (75/150/300 mg) y ETN 0,8 mg/kg (máx. 50 mg), en niños (≥ 6 años) en el que prácticamente el 100% presentaba una psoriasis en placas con un PASI ≥ 20⁷⁵. A las 12 semanas, ambas dosis de SEC

573
574
575
576
577
578
579

Tabla 11 Recomendaciones sobre vacunas para niños con psoriasis pediátrica en tratamiento con terapias inmunosupresoras

1	Todas las decisiones sobre la vacunación deben consensuarse con el pediatra responsable del niño
2	Siempre que se pueda, se pautarán antes de iniciar el tratamiento inmunosupresor
3	Evitar vacunas durante un brote de la enfermedad
4	No se deben retrasar las vacunas sin una justificación objetiva
5	Pueden administrarse las vacunas de microorganismos inactivados (neumococo, hepatitis A y B, gripe, meningococo A, B, C, W, Y)
6	Vacunas con virus vivos (triple vírica) <ul style="list-style-type: none"> • No se deben emplear desde cuatro semanas antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor y hasta tres meses después de suspenderlo (seis meses en caso de ADA) • En niños mayores de 12 meses no vacunados de varicela (y que no la hayan pasado) o triple vírica, indicaremos la vacunación antes de empezar el tratamiento • Están contraindicadas en niños en tratamiento con inmunosupresores a dosis altas • Sólo se podría poner una dosis de recuerdo en pacientes con MTX a dosis bajas (< 15 mg/m²/sem)
7	Vacuna frente al papiloma humano (VPH) <ul style="list-style-type: none"> • Se recomiendan tres dosis en niños con tratamiento inmunosupresor • Es recomendable también en varones, aunque no esté incluida en su calendario de vacunación
8	Es recomendable que la dosis del tétanos de los 14 años sea con Tdpa (con baja carga antigénica)
9	En los pacientes vacunados dos semanas antes del inicio del tratamiento inmunosupresor o durante el mismo, puede ser necesaria la revacunación a partir de los 3-12 meses tras la suspensión del mismo
10	Se debe revisar el calendario vacunal de los miembros de la familia
11	Si viajes a países con riesgo de contraer enfermedades infecciosas, acudir a un centro de vacunación internacional

ADA: adalimumab; MTX: metrotexato; mg: miligramo; m²: metro cuadrado; sem: semana; Tdpa: difteria, tétanos y tos ferina.

fueron significativamente superiores al placebo, y aproximadamente el 30% de los pacientes alcanzaron el PASI100 con SEC. Comparadas con ETN, ambas dosis de SEC fueron significativamente superiores en la consecución de PASI90 e IGA 0/1, pero no hubo diferencias en el PASI75 y PASI100 entre grupos a las 12 semanas⁷⁵. A las 24 semanas de tratamiento, los datos con SEC a dosis bajas vs. SEC a dosis más altas vs. ETN fueron los siguientes: IGA 0/1 87,5% vs. 75% vs. 48%, PASI75 92,5% vs. 87,5% vs. 63,4%. Y, a las 52 semanas: PASI90 75-81,3% vs. 77,8-80% vs. 51,2%, PASI100 40-62% vs. 47,5-55,6% vs. 22%, IGA 0/1 72,5-87,5% vs. 72,5-75% vs. 56,1%, y CDLQI 0/1 6% vs. 66,7% vs. 44,4%⁷⁵. El perfil de seguridad de SEC fue similar al reportado con otras terapias biológicas. La gran mayoría de los acontecimientos adversos fueron leves y transitorios, siendo las infecciones los más frecuentes⁷⁵. Otro ECA fase III abierto sin grupo comparador ha mostrado resultados similares a las 24 semanas⁸⁸.

Q12 El estudio CADMUS analizó, durante 52 semanas, UST en pacientes adolescentes (12-17 años) con psoriasis en placa moderada-grave⁸². UST se pautó a su dosis habitual y a mitad de dosis, y se comparó con placebo. A las 12 semanas, ambas pautas de UST fueron significativamente superiores y hasta el 61% de los pacientes con UST alcanzaron el PASI90⁸². Asimismo, a las 52 semanas, el 50% y el 58,6% de los pacientes con dosis medias y habituales de UST alcanzaron un CDLQI 0/1. Este mismo estudio no encontró diferencias en la eficacia clínica en relación con el peso (< 60 kg, 60-100 kg) ni con las concentraciones séricas de UST (en cada grupo de dosis)⁸². UST fue bien tolerado, la mayoría de los aconte-

cimientos adversos fueron leves y transitorios, siendo las infecciones los más frecuentes⁸².

En relación con IXE, el IXORA-PEDS analizó niños (≥ 6 años) con distintos tipos de psoriasis moderada-grave en el que IXE se comparó con placebo y ETN⁸⁰. Comparado con placebo, a las 12 semanas, IXE fue significativamente superior en relación con el PASI75, PASI90, PASI100, PGA 0/1, y CDLQI/DLQI 0/1, entre otros⁸⁰. Respecto a ETN, en los pacientes con psoriasis grave, a las 12 semanas IXE fue significativamente superior en el PASI90, PASI100 y PGA 0. Sin embargo, no hubo diferencias en el PASI75 y en el PGA 0/1⁸⁰. En la semana 48 el 90% de los pacientes habían alcanzado el PASI75, el 83% el PASI90, el 55% el PASI100 y el 76% el CDLQI/DLQI 0/1⁸⁰. En la semana 60, el porcentaje de pacientes que alcanzaron el PASI75, 90 y 100, fue del 90%, 83,3% y 53,2%, respectivamente. Y, en la semana 108, estos porcentajes fueron del 91,7%, 79% y 55,1%. Los datos de seguridad a las 12 y 108 semanas indicaron que el IXE en general fue bien tolerado. El porcentaje de acontecimientos adversos grave fue bajo (7,7% a las 108 semanas), siendo las infecciones los más frecuentes^{80,89}.

Fototerapia

La fototerapia está indicada en niños ≥ 8 años con psoriasis moderada-grave (en la [tabla 12](#) se puede consultar su guía de uso). Sin embargo, es importante tener en cuenta las dificultades en el acceso a la misma que hay en algunos hospitales (hay centros que no disponen de fototerapia), así como sus limitaciones logísticas.

Tabla 12 Guía de uso de la fototerapia/helioterapia en pacientes con psoriasis pediátrica

Tipo	Dosificación	Otras consideraciones
UVB	-A partir de ocho años -Dependiendo del tipo de piel, dosis inicial: • 0,2-0,6 J/cm ² UVB-BE • 0,02-0,06 J/cm ² UVB banda ancha -Posteriormente se puede incrementar hasta un 25%	-Deben cubrirse áreas no afectadas, especialmente cara y genitales -Generalmente se precisan 20-30 ciclos (3-5/sem) -Los días de tratamiento no debe haber más exposición UV -El uso de emoliente previo en las lesiones puede incrementar la eficacia del UVB-BE -Escasa eficacia clínica en monoterapia
UVA	-No recomendada	-
PUVA tópica	-No recomendada	-
PUVA sistémica	-Contraindicada	-

UVB: luz ultravioleta B; UVB-BE: luz ultravioleta B de banda estrecha; UVA: luz ultravioleta A; PUVA: terapia con psoraleno y radiación ultravioleta de longitud de onda A; J: julio; cm: centímetro; sem: semana.

636 En 2021 se publicó una RSL y metaanálisis sobre la fotote-
637 rapia, más concretamente con luz ultravioleta (UVB)-banda
638 estrecha, que incluyó 10 estudios observacionales prospec-
639 tivos y retrospectivos, con casi 300 pacientes pediátricos
640 con psoriasis, a los que se les aplicó una media de 17 a 57
641 sesiones⁹⁰. Se estimó una eficacia global del 80%, definida
642 como respuesta excelente o buena si la desaparición lesio-
643 nal era $\geq 75\%$. Sin embargo, en esta RSL no se encontró
644 asociación entre la eficacia y la dosis acumulada ni las dosis
645 medias máximas⁹⁰. El eritema fue el acontecimiento adverso
646 más frecuente.

647 Estrategias de tratamiento en la psoriasis 648 pediátrica

649 Psoriasis pediátrica leve

650 Si no existe contraindicación, el tratamiento de elección
651 en la psoriasis pediátrica leve es el tratamiento tópico o
652 la fototerapia/helioterapia.

653 Es importante recordar que los tratamientos tópicos, a
654 excepción de los corticoides, no tienen indicación en ficha
655 técnica.

656 Para la selección de un tratamiento u otro se seguirán los
657 criterios comentados previamente. En este punto, los exper-
658 tos también quieren remarcar la importancia de colaborar
659 y valorar la opinión de los padres o tutores/cuidadores del
660 paciente.

661 Muchos autores consideran los corticoides como el tra-
662 tamiento tópico de elección¹³. Si se decide pautar un
663 corticoide tópico, la potencia se adaptará a la extensión y
664 zona de aplicación. En general se prefieren los de potencia
665 mediana y alta potencia, menos en la cara, pliegues (inclu-
666 yendo zona genital) y el área del pañal donde se usarán
667 corticoides de potencia baja. Los corticoides tópicos, debido
668 al riesgo de acontecimientos adversos, deberán pautarse con
669 la mínima dosis eficaz y nunca durante periodos prolonga-
670 dos, especialmente los de mayor potencia, por lo que los
671 pacientes que lo requieran deberán continuar el tratamiento
672 con otros tipos de fármacos. Por ejemplo, se recomienda
673 pautar los corticoides tópicos una vez al día durante una o

674 dos semanas tras lo que se irán reduciendo progresivamente
675 durante dos a seis semanas más hasta su suspensión¹³⁻¹⁵.

676 Para la psoriasis del cuero cabelludo, se puede valorar
677 también el uso de la combinación en formulación única de
678 calcipotriol/dipropionato de betametasona^{35,48}. No se debe
679 exceder de las cantidades recomendadas de calcipotriol, por
680 lo que ha de tenerse en cuenta la superficie corporal a tratar,
681 no siendo una alternativa útil si la psoriasis es extensa⁹¹. Los
682 inhibidores de la calcineurina son de utilidad en la psoriasis
683 facial y en pliegues⁴¹. La antralina y los alquitranes pueden
684 valorarse en pacientes con placas escasas y gruesas⁹¹.

685 La fototerapia/helioterapia se podría valorar en
686 pacientes con lesiones más extensas y en la psoriasis
687 palmoplantar⁹⁰.

688 Estos tratamientos se pautarán hasta alcanzar el objetivo
689 terapéutico.

690 Psoriasis pediátrica moderada-grave

691 En pacientes con psoriasis pediátrica moderada-grave se
692 considera:

- 693 • En pacientes con psoriasis leve que no alcancen el
694 objetivo terapéutico con tratamiento tópico o fotote-
695 rapia/helioterapia, en un primer lugar hay que evaluar la
696 adherencia y cumplimiento del tratamiento antes de cer-
697 tificar el fracaso terapéutico.
- 698 • El tratamiento de elección, si no existe contraindicación,
699 es el tratamiento sistémico clásico y la terapia biológica
700 en monoterapia.
- 701 • Las terapias biológicas, dado que disponen de ensayos
702 clínicos que han demostrado su eficacia y seguridad y están
703 aprobadas de forma específica para pacientes con pso-
704 riasis pediátrica moderada-grave, se deben considerar la
705 primera elección.
- 706 • El tratamiento tópico como terapia coadyuvante del tra-
707 tamiento sistémico clásico y de la terapia biológica, debe
708 de ser siempre considerado al menos al inicio de trata-
709 miento sistémico mientras este hace efecto. También para
710 el tratamiento de lesiones residuales.

- La fototerapia se puede considerar (p. ej., pacientes con lesiones extensas), en monoterapia o como tratamiento coadyuvante del tratamiento sistémico.
- El tratamiento combinado de fármaco sistémico clásico y biológico se podría valorar en casos muy seleccionados (p. ej., para disminuir o minimizar el riesgo e impacto de su inmunogenicidad).

La mala adherencia o un uso inadecuado de tratamientos tópicos es frecuente en la psoriasis pediátrica⁹². Se han descrito distintas causas como la corticofobia, el miedo a acontecimientos adversos, la baja aceptación cosmética, la falta de entendimiento/conocimiento sobre el modo de empleo, olvidos, etc. Por esta razón, se recomienda evaluar la adherencia y cumplimiento de estas terapias antes de constatar un fracaso terapéutico y corregir posibles errores si los hubiese. En estos casos, la relación médico paciente y con padres o tutores/cuidadores resulta fundamental. Una comunicación verbal y no verbal efectiva, la escucha activa y la colaboración, contribuyen a una relación óptima y mejoran la adherencia a los tratamientos⁹². Igualmente, es imprescindible informar, explicar y educar tanto a pacientes como a padres o tutores/cuidadores sobre el uso de los medicamentos para mejorar los resultados⁹².

En la psoriasis pediátrica moderada-grave, en cuanto a la selección de la terapia sistémica, se recomienda seguir los criterios previamente definidos, y remarcar que es importante seguir las indicaciones de las fichas técnicas (que varían en función del fármaco, edad o peso del paciente), así como considerar la calidad de la evidencia disponible^{38,66,70,75-80,82,83,93-95}. En este sentido, las terapias biológicas, junto con la acitretina, son las únicas que tienen indicación para la psoriasis pediátrica moderada-grave. En cuanto a la evidencia, las terapias biológicas han demostrado, en estudios de calidad, una tasa de aclaramiento de la piel muy alta que se mantiene en el tiempo. Por todo ello, y en línea con los documentos de consenso internacionales más recientes¹³, estas se consideran de primera elección.

Por otro lado, al igual que en el adulto, en los pacientes pediátricos con psoriasis los tratamientos tópicos pueden pautarse como terapia coadyuvante. Se recomienda valorar su uso al inicio de la terapia sistémica dada su rapidez de acción, a la espera de que el tratamiento principal actúe y posteriormente para tratar lesiones residuales.

Finalmente, también se puede valorar el uso de fototerapia⁹⁰, y la combinación de un fármaco sistémico clásico como MTX con una terapia biológica en casos muy seleccionados.

Psoriasis pediátrica en localizaciones especiales y formas graves

Aunque escasa, a continuación, describimos la evidencia disponible sobre la eficacia de las terapias farmacológicas y la fototerapia en localizaciones especiales (tabla 1 del material suplementario) y formas graves de la psoriasis pediátrica. La psoriasis en localizaciones especiales se considera psoriasis moderada-grave. Cabe señalar de nuevo que la gravedad de la psoriasis en el paciente pediátrico también está condicionada por el impacto funcional o psi-

cológico (p. ej., ausentismo escolar, estigmas, etc.) o en la calidad de vida del paciente.

Psoriasis del cuero cabelludo

Se estima que entre el 10-48% de los pacientes con psoriasis pediátrica tienen afectación del cuero cabelludo, bien de forma aislada o asociada a otras lesiones^{91,96}.

En cuanto a la evidencia disponible para su tratamiento, datos del IXORA-PEDS realizado en 171 niños han puesto de manifiesto que IXE consigue una respuesta PASI 100 en el 47% de los pacientes a las 12 semanas, del 76% a las 48 semanas, del 73,4% a las 60 semanas y del 90% a las 108 semanas^{80,83}. Por otro lado, datos del registro Child-Capture y otros estudios observacionales han mostrado que la combinación de calcipotriol y betametasona consigue mejorías en los pacientes pediátricos con psoriasis del cuero cabelludo^{45,89,97}. La mejoría en el PSI en los estudios publicados a las seis semanas es del 19,2%, incrementándose al 29,5% a las 12 semanas, eficacia que se mantiene en la semana 48⁴⁵. Los porcentajes de IGA 0-1 alcanzados con la combinación varían entre el 55-85% a las ocho semanas^{89,97}. Para otras terapias se requiere de mayor evidencia.

Psoriasis facial

Las lesiones faciales son más frecuentes en los niños que en los adultos. Pueden aparecer hasta en el 50% de los casos, y ser la única manifestación en cerca del 4% de los pacientes^{91,96}.

Los tratamientos tópicos, más específicamente tacrolimus, calcitriol y los corticoides han mostrado eficacia, en estudios de calidad en general baja, al menos en el corto-medio plazo^{36,37,41}. La aplicación de tacrolimus 0,1% en pomada dos veces al día durante seis meses, se asoció a una mejoría clínica muy importante, pero se presentaron muchos rebrotes poco tiempo después de la suspensión del tratamiento⁴¹. Para otras terapias se requiere mayor evidencia.

Psoriasis en pliegues incluyendo el área genital

Se ha comunicado que hasta el 10% de los pacientes con psoriasis pediátrica pueden presentar psoriasis en pliegues^{91,96}.

Distintas RSL junto con algún estudio observacional han mostrado que, al menos en el corto-medio plazo, algunos tratamientos tópicos podrían ser eficaces, con un perfil de seguridad aceptable, pero el nivel de evidencia en la mayoría de los casos es bajo^{35,80}. La aplicación de tacrolimus 0,1% pomada dos veces al día durante seis meses, en pacientes con psoriasis en pliegues produjo cambios significativos en las lesiones. A los 30 días de tratamiento, en el 88% de los pacientes había una mejoría excelente respecto a su situación basal, y en el 12% una remisión completa de los síntomas. Sin embargo, hubo muchos rebrotes poco tiempo después de la suspensión del tratamiento⁴¹. Los corticoides tópicos y el calcitriol también se han mostrado eficaces^{35,37}. Hay casos aislados descritos de eficacia con los alquitranes³⁵ y, con base en la evidencia disponible actualmente, el ácido salicílico no se ha mostrado eficaz en la psoriasis genital pediátrica³⁵. Por otro lado, IXE, en un ECA de calidad con 171 niños, en comparación con el placebo consiguió, a las 12 semanas, un aclaramiento de la psoriasis genital del 85% vs. 36% (p < 0,001). Además, en el brazo de IXE, el aclara-

826 miento de la psoriasis genital a las 48 semanas fue del 90%, y
827 a las 60 del 88,9%^{80,83}. Para otras terapias se requiere mayor
828 evidencia.

829 Psoriasis palmo-plantar

830 La afectación palmo-plantar en la psoriasis pediátrica no es
831 muy frecuente.

832 La evidencia sobre los tratamientos farmacológicos en
833 la psoriasis palmo-plantar pediátrica es muy escasa. En el
834 ECA IXORA-PEDS, con IXE, el 69% de los pacientes alcanza-
835 ron un PASI 0 a las 12 semanas, el 74% a las 48 semanas,
836 el 81,8% a las 60 semanas y el 90% a las 108 semanas^{80,83}.
837 Pequeños estudios observacionales han mostrado la efica-
838 cia de la fototerapia en esta localización^{98,99}. Hay también
839 casos descritos que sugieren que la acitretina y la fototer-
840 pia podrían ser eficaces^{90,100}. Para otras terapias se requiere
841 mayor evidencia.

842 Psoriasis en gotas

843 La psoriasis en gotas es la segunda forma de afectación más
844 frecuente en la psoriasis pediátrica^{91,96}.

845 Muchos de los resultados que se comentan para la psor-
846 iasis en placas, se podrían extrapolar a la psoriasis en
847 gotas^{36,69}. Más específicamente, la fototerapia ha presen-
848 tado buenos resultados en un pequeño EC con 20 pacientes
849 pediátricos y otros estudios observacionales^{90,93}. Para otras
850 terapias se requiere mayor evidencia.

851 Psoriasis ungueal

852 Aunque es menos frecuente que en el adulto, se ha obje-
853 tivado que entre el 7-40% de los pacientes con psoriasis
854 pediátrica tienen afectación ungueal^{91,96}.

855 El efecto de las distintas terapias apenas ha sido anali-
856 zado en relación con la afectación ungueal. Un ECA con IXE,
857 a las 12 semanas no encontró diferencias estadísticamente
858 significativas en el NAPSÍ al compararlo con placebo, pero
859 a las 48, 60 y 108 semanas, el 50%, 65,3% y 68,1% de los
860 pacientes presentaron un NAPSÍ 0^{80,83}. Para otras terapias se
861 requiere mayor evidencia.

862 Psoriasis pustular

863 Esta forma grave de psoriasis es poco frecuente en el niño,
864 incluso menos frecuente que en el adulto^{91,96}.

865 La acitretina (en monoterapia o asociada a fototerapia)
866 podría ser eficaz con un perfil de seguridad aceptable en
867 pacientes con psoriasis pustular y eritrodérmica^{36,68,69}. Su
868 uso durante nueve meses reportó un porcentaje de pacien-
869 tes que alcanzaron el PASI75 del 21,3% y de PASI90 del
870 26,2%⁶⁴. Pequeñas series de casos también han mostrado
871 que MTX, CsA, fototerapia y ETN podrían ser eficaces⁶⁸. Para
872 otras terapias se requiere mayor evidencia.

873 Psoriasis eritrodérmica

874 Se considera una forma grave de psoriasis en el niño.

875 Aunque la calidad de la evidencia es baja, la acitretina y
876 la CsA podrían ser eficaces en estos pacientes^{36,64,68,69,101,102}.
877 Para otras terapias se requiere mayor evidencia.

Comorbilidades

En relación con la prevención y presencia de comorbilidades
en pacientes con psoriasis pediátrica:

- La presencia de comorbilidades es frecuente y puede impactar en el niño e incluso interferir en la indicación, eficacia o seguridad de los tratamientos. Por ello, las comorbilidades son un tema de especial relevancia en el manejo de pacientes con psoriasis pediátrica.
- Es responsabilidad del dermatólogo realizar el *screening* de comorbilidades.
- El *screening* de comorbilidades debe realizarse regularmente teniendo en cuenta la historia clínica, la exploración física. Cuando se considere oportuno, se solicitarán pruebas complementarias.
- En caso de sospechar la presencia de una comorbilidad se derivará el paciente al profesional de la salud correspondiente dependiendo de las características organizativas locales.
- En caso necesario se realizará una atención multidisciplinar con toma de decisiones compartidas entre el dermatólogo y otros especialistas/profesionales de la salud.
- Es necesario informar, explicar y educar a los pacientes y padres o tutores/cuidadores sobre la posibilidad de aparición de comorbilidades y la necesidad de prevención de muchas de ellas.
- Es responsabilidad de todos los implicados en el cuidado de pacientes con psoriasis pediátrica la prevención y promoción de la salud.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria multi-sistémica. Tanto adultos como niños pueden presentar comorbilidades que pueden impactar en su salud, calidad de vida, desarrollo educacional y psicosocial, o interferir en la eficacia y seguridad de los tratamientos⁸. Se ha descrito que en los niños con psoriasis el riesgo de presentar una comorbilidad es el doble en comparación con niños sin la enfermedad¹⁰³. Aunque la evidencia es escasa, la aparición de comorbilidades podría ser más frecuente en niños con enfermedad más grave¹⁰⁴. Entre las más frecuentes y/o con mayor impacto se encuentran la obesidad, la depresión o la APs¹⁰⁵.

En línea con otros documentos de consenso internacionales⁸, se recomienda un *screening* regular de las comorbilidades al menos de las más frecuentes o de aquellas que puedan tener un impacto mayor en el paciente y/o tratamientos.

Por otro lado, los expertos son conscientes de la falta de tiempo y de medios logísticos (p. ej., material específico pediátrico) en algunas consultas para abordar la comorbilidad en la práctica clínica (tanto el *screening* como la prevención). Para simplificar y facilitar el trabajo, presentamos las [tablas 13 y 14](#), que resumen las características e impacto de las principales comorbilidades y muestran una serie de recomendaciones para su prevención, cribado y otras consideraciones prácticas.

Tabla 13 Resumen de las características de las principales comorbilidades, su impacto en el paciente o tratamientos y recomendaciones prácticas para su prevención y manejo

Comorbilidad	Características	Impacto en paciente o tratamientos	Recomendaciones prácticas de prevención y manejo
Obesidad	-Prevalencia 4-20,2% -Riesgo incrementado	-Impacto en la salud y calidad de vida -Disminución de la eficacia de ETN a mayor peso (especialmente en obesos) (no se puede descartar un efecto de clase)	-Informar y proporcionar recomendaciones generales sobre vida saludable -Derivar a atención primaria u otro especialista para manejo
HTA	-Prevalencia poco conocida -Riesgo incrementado	-Impacto en la salud y calidad de vida -No se asocia a cambios en la respuesta al tratamiento o en la seguridad	-Informar y proporcionar recomendaciones generales sobre vida saludable -Derivar a Atención Primaria u otro especialista para control
DM tipo 2	-Prevalencia poco conocida -Riesgo incrementado, especialmente en pacientes obesos	-Impacto en la salud y calidad de vida -No hay evidencia que indique que pueda influir en la respuesta a los tratamientos	-Informar y proporcionar recomendaciones generales sobre vida saludable -Derivar a atención primaria u otro especialista para manejo
Síndrome metabólico	-Prevalencia poco conocida -Riesgo incrementado especialmente en formas graves de psoriasis y pacientes obesos	-Impacto en la salud y calidad de vida -Disminución de la eficacia de ETN a mayor peso (especialmente en obesos) (no se puede descartar un efecto de clase)	-Informar y proporcionar recomendaciones generales sobre vida saludable -Derivar a Atención Primaria u otro especialista para control de peso
APs	-Prevalencia 0,7%-1,2% -Dos picos de aparición, 2-3 años y 10-12 años	-Impacto en la salud, calidad de vida y crecimiento -Indicaciones de algunos fármacos distintas para psoriasis y artritis -Eficacia e indicación de algunos fármacos diferente dependiendo del tipo de afectación (cutánea o articular)	-Fundamental realizar un diagnóstico precoz para evitar daño articular irreversible -Decisiones terapéuticas consensuadas con el reumatólogo
Depresión, ansiedad	-Alta prevalencia en todos los grupos de edad -Riesgo incrementado especialmente en formas graves	-Impacto en la salud y calidad de vida -No se asocia a cambios en la respuesta al tratamiento o en la seguridad, pero es posible que influya en la adherencia	-Fundamental evaluar la comorbilidad psico-psiquiátrica, independientemente de la edad -Derivar a Atención Primaria u otro especialista para manejo
EII	-Prevalencia poco conocida -Infrecuente antes de la pubertad -Riesgo incrementado	-Impacto en la salud, calidad de vida y crecimiento -Eficacia e indicación de algunos fármacos diferente dependiendo del tipo de afectación (cutánea o digestiva)	-Fundamental realizar un diagnóstico precoz -Decisiones terapéuticas consensuadas con gastroenterólogos
Hígado graso no alcohólico	-Prevalencia poco conocida -Infrecuente antes de los 10 años	-Impacto en la salud y calidad de vida	-Informar y proporcionar recomendaciones generales sobre vida saludable -Derivar a Atención Primaria u otro especialista para manejo

HTA: hipertensión arterial; ETN: etanercept; APs: artritis psoriásica; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; DM: diabetes mellitus.

Tabla 14 Recomendaciones para el *screening* de la comorbilidad del paciente pediátrico en la consulta dermatológica

Comorbilidad	Preguntas clínicas	Exploración/pruebas complementarias	Frecuencia
Sobrepeso y obesidad HTA	-	-Peso y talla para cálculo IMC (ajustado a edad y sexo) -PA (ajustada a edad y sexo)	-Al menos una vez al año -A partir de los 2 años -Al menos una vez al año -A partir de los 3 años
DM	-¿Ha aparecido alguno de los siguientes: aumento de la sed, orinar con frecuencia, hambre extrema, pérdida de peso involuntaria, fatiga, irritabilidad aliento con olor a fruta?	-Glucemia, prueba de tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glicosilada	-Al menos una vez al año -A partir de los 10 años o inicio de la pubertad -En pacientes con obesidad -En pacientes con sobrepeso y factores de riesgo de DM (historia familiar, diabetes gestacional de la madre, ovario poliquístico, acantosis nigricans, etc.)
Síndrome metabólico	-	-Glucemia, HDL colesterol, TAG, perímetro abdominal, PA (ajustados a edad y sexo)	-Al menos una vez al año -A partir de los 10 años o inicio de la pubertad
APs	-¿Ha tenido el niño dolor en alguna articulación o incluso inflamación? -¿Tiene rigidez matutina, al levantarse le cuesta empezar a moverse, se mueve como un robot, le dura más de 20 minutos? -¿Hay alguien en la familia con artritis?	-Palpar las entesis (tendón de Aquiles, rodillas) y las articulaciones principalmente de las manos para ver si duelen o están inflamadas (el dolor articular en niños es más difícil de objetivar) -Evaluación del crecimiento (ajustado a edad y sexo)	-Al menos una vez al año -A partir de los 2 años
Depresión, ansiedad, abuso de sustancias	-¿Ha notado que el niño esté triste, que evite las interacciones sociales, tiene arrebatos de irritabilidad muy marcada, cambios del comportamiento o de la personalidad incluyendo cambios en los hábitos alimenticios y problemas para dormir? -¿Presenta dificultad para concentrarse, hay cambios en el rendimiento académico? -¿Creen o saben que fuma o consume alcohol?		-Valoración de la depresión y ansiedad una vez al año, independientemente de la edad -Valoración del abuso de sustancias una vez al año a partir de los 11 años
EII	-¿Tiene su hijo episodios de dolor abdominal, diarrea crónica?, ¿ha perdido peso de forma inexplicable? -¿Hay alguien en la familia con EII?	-Evaluación del crecimiento (ajustado a edad y sexo)	-Al menos una vez al año -A partir de los 14 años
Hígado graso no alcohólico	-	-Acantosis nigricans, perímetro abdominal aumentado, hepatomegalia -Perfil hepático	-Al menos una vez al año -A partir de los 10 años o inicio de la pubertad

IMC: índice masa corporal; HTA: hipertensión arterial; APs: artritis psoriásica; PA: presión arterial; DM: diabetes mellitus; HDL: *high density protein*; TAG: triacilglicéridos.

Sobrepeso y obesidad

Definimos sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) \geq percentil 85 pero $<$ percentil 95 (para la edad y sexo), y obesidad como $\text{IMC} \geq$ percentil 95 (para la edad y sexo).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad varía mucho dependiendo del estudio, pero en general es muy alta en la psoriasis pediátrica. Se ha estimado que hasta el 17,6% de los pacientes con psoriasis pediátrica presentan sobrepeso y el 4-20,2% obesidad^{105,106}. El riesgo que tiene un niño con psoriasis de presentar obesidad es 4,29 veces superior a otro sin psoriasis, y es mayor cuanto mayor es la gravedad de la enfermedad¹⁰⁶. La obesidad en pacientes con psoriasis pediátrica tiende a ser central y, por lo general, se desarrolla alrededor de los ocho años¹¹. El impacto en la salud del niño (es un factor de riesgo cardiovascular) y en su calidad de vida es relevante y puede contribuir negativamente en los resultados en salud cuando sea adulto. Además, se ha objetivado que la eficacia de ETN es menor en los pacientes con sobrepeso/obesidad en comparación con los niños con normopeso⁷⁹.

Se considera que, dentro de las comorbilidades del niño con psoriasis, la obesidad es especialmente relevante por lo que se debe hacer un *screening* regular, pero también proporcionar información sobre el impacto de esta comorbilidad y dar recomendaciones generales sobre vida saludable para la prevención de esta.

Hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) está poco estudiada en la psoriasis pediátrica, pero hay estudios que han encontrado una asociación específica^{107,108}. Al igual que la obesidad, la HTA puede impactar en la salud del niño y en el futuro cuando sea adulto.

Se recomienda seguir las indicaciones aprobadas para la detección de HTA en el niño y adolescente¹⁰⁹, y proporcionar información sobre el impacto de esta comorbilidad y dar recomendaciones generales sobre vida saludable para la prevención de esta.

Diabetes mellitus tipo 2

La prevalencia de diabetes mellitus (DM) está poco analizada en la psoriasis pediátrica, pero hay estudios que han encontrado una asociación entre la psoriasis pediátrica y la resistencia a la insulina y la DM tipo 2, especialmente en pacientes obesos^{108,110}. Esta enfermedad y sus tratamientos pueden provocar un impacto muy negativo en la salud y calidad de vida del paciente pediátrico.

Se recomienda seguir las indicaciones aprobadas para la detección de la DM en niños y en adolescentes¹¹¹, y proporcionar información sobre el impacto de esta comorbilidad y dar recomendaciones generales sobre vida saludable para la prevención de esta.

Síndrome metabólico

El síndrome metabólico engloba un conjunto de factores de riesgo cardiovascular, para el que existen distintas definiciones, la mayoría aplicadas a niños a partir de 10 años. Una de las más utilizadas se muestra en la [tabla 15](#)¹¹².

Aunque los datos de prevalencia son escasos, distintos estudios sugieren un riesgo incrementado de síndrome metabólico en los pacientes pediátricos con psoriasis comparado

con los niños no afectados por esta enfermedad¹¹³. Al igual que las comorbilidades ya descritas, tiene un impacto importante en la salud del niño y puede influir en la que tendrá cuando sea adulto.

Uno de los criterios incluidos en su definición es la obesidad central. La distribución de la grasa influye de forma significativa en el desarrollo de las complicaciones metabólicas de la obesidad¹¹⁴. El perímetro abdominal ha sido reconocido como el mejor indicador clínico de acúmulo de grasa visceral¹¹⁵, y distintos estudios han mostrado que es una medida más adecuada en términos de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular¹¹⁶.

Se recomienda seguir lo descrito en las comorbilidades anteriores y proporcionar información sobre el impacto de esta comorbilidad y dar recomendaciones generales sobre vida saludable para la prevención de esta.

Artritis psoriásica

La prevalencia de la APs es menor en niños que en adultos con psoriasis, con una prevalencia estimada del 0,7% en todos los niños con psoriasis, aumentando hasta el 1,2% cuando se alcanzan los 18 años¹¹⁷. Aunque la APs puede aparecer en niños de cualquier edad, hay dos picos de aparición, uno a los dos a tres años y el otro a los 10 a 12 años¹¹⁸. La discapacidad e impacto en la calidad de vida del niño pueden ser muy importantes¹⁰⁴. Además, aunque en ambas enfermedades muchos de los medicamentos empleados son los mismos, la eficacia puede ser diferente dependiendo del tipo de afectación.

Los pacientes pediátricos con APs presentan síntomas de artritis inflamatoria, como dolor, inflamación y rigidez articular en reposo o al despertar. Los niños más pequeños con APs, especialmente las niñas, tienden a presentar enfermedad oligoarticular y/o dactilitis. Los niños mayores, sobre todo varones, suelen presentar entesitis y afectación axial^{8,118,119}.

Con base en estos datos, resulta fundamental realizar un *screening* periódico y, si se confirma el diagnóstico, un abordaje multidisciplinar del paciente.

Depresión, ansiedad y abuso de sustancias

Se estima que hasta el 70% de los pacientes con psoriasis pediátrica presenta algún problema psicológico-psiquiátrico, que puede aparecer en cualquier grupo de edad¹²⁰. Más concretamente se ha descrito que los pacientes pediátricos con psoriasis tienen un riesgo incrementado del 25-30% de desarrollar depresión y/o ansiedad que los niños sin psoriasis¹²¹.

El impacto de la psoriasis en el ámbito de la salud mental del niño es igual e incluso superior al de la diabetes, la epilepsia o la dermatitis atópica¹²². Un estudio cualitativo mostró que el 65% de los niños experimentaba algún tipo de estigmatización e incluso *bullying* por la psoriasis²⁵. Otros han mostrado que la psoriasis en el niño puede provocar cambios en su estado de ánimo, baja autoestima, aislamiento social y conductas de riesgo¹²³.

En pacientes adultos se ha encontrado una fuerte correlación entre la psoriasis y el consumo de alcohol y tabaco. Aunque es posible que también ocurra en adolescentes y adultos jóvenes con psoriasis, actualmente no se dispone de datos suficientes que lo demuestren.

Tabla 15 Definición de síndrome metabólico en el paciente pediátrico¹¹²

Se define síndrome metabólico ante la presencia de ≥ 3 de los siguientes:

1	Hipertrigliceridemia	TAG ≥ 150 mg/dL
2	Colesterol HDL bajo	HDL < 40 mg/dL
3	Glucemia alta en ayunas	Glucosa ≥ 100 mg/dL
4	Obesidad central (perímetro abdominal)*	\geq percentil 75 (para la edad y sexo)
5	HTA	\geq percentil 90 (para la edad y sexo)

TAG: triacilglicéridos; mg: miligramo; dL: decilitro; HDL: *high density lipoprotein*; HTA: hipertensión arterial.

* El perímetro abdominal en niños se mide con una cinta métrica inelástica con el niño de pie, con los pies juntos, los brazos a los lados y el abdomen relajado, rodeando el abdomen a la altura del ombligo en el punto medio entre la última costilla y la cresta iliaca y sin presionar, haciendo una inspiración profunda, realizando la medición en el momento de expulsar el aire¹¹⁵.

1050 No obstante, dada la prevalencia de problemas de salud
1051 mental y de consumo de sustancias en este grupo de
1052 población en general, se deben seguir las recomendaciones
1053 emitidas para el *screening* de problemas de salud mental¹²⁴.

1054 Enfermedad inflamatoria intestinal

1055 Distintos estudios han puesto de manifiesto que el riesgo de
1056 enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en niños con psoriasis
1057 es tres a cuatro veces mayor que en los niños sin psoriasis^{1,8,125}. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es
1058 infrecuente antes de la pubertad¹²⁶. Al igual que la APs, su
1059 impacto en el niño y tratamientos puede ser importante, por
1060 lo que debe descartarse de forma regular.
1061

1062 Hígado graso no alcohólico

1063 La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) es
1064 un término que abarca la esteatosis simple, así como la
1065 esteatohepatitis no alcohólica. Se caracteriza por un exceso
1066 de acumulación de grasa hepática no debida a un pro-
1067 ceso autoinmune, metabólico o infeccioso. Su prevalencia
1068 actualmente en el paciente pediátrico con psoriasis es poco
1069 conocida. En la población general la prevalencia de EHGNA
1070 aumenta con la edad, es excepcional en menores de tres
1071 años y rara en menores de 10 años¹²⁷. Los síntomas aso-
1072 ciados a la EHGNA son inespecíficos, como fatiga o dolor
1073 abdominal. Esta enfermedad se asocia a acantosis nigricans
1074 (presente en el 33-50% de los casos), perímetro abdominal
1075 aumentado y hepatomegalia (hasta en el 50% casos).

1076 Debido a la asociación de la EHGNA con el sobrepeso, obe-
1077 sidad y resistencia a la insulina, se recomienda un *screening*
1078 regular de esta entidad en el paciente pediátrico.

1079 Fármacos en fase de estudio

1080 Apremilast

1081 Un ECA fase II ha analizado el uso de apremilast 20-30 mg
1082 dos veces al día (dependiendo de la edad y peso) en niños
1083 de seis a 17 años con psoriasis en placas moderada-grave¹²⁸.
1084 En la semana 16 de tratamiento los cambios medios del PASI
1085 en adolescentes con apremilast 20 mg fueron de -69,6, y con
1086 apremilast 30 mg de -66,5. En niños tratados con apremilast
1087 20mg los cambios en el PASI a las 16 semanas fueron de
1088 -79,3. El fármaco fue en general bien tolerado.

Guselkumab

1089 Actualmente se está realizando un ECA fase III
1090 (NCT03451851) para evaluar la eficacia y seguridad de
1091 guselkumab subcutáneo en relación con ETN y placebo en
1092 pacientes pediátricos de seis a 18 años con psoriasis en
1093 placas moderada-grave.
1094

Risankizumab

1095 Está en marcha un ECA fase III (NCT04435600) de risan-
1096 kizumab inyectable subcutáneo en relación con UST para
1097 participantes pediátricos de seis a 17 años con psoriasis de
1098 moderada-grave.
1099

Tildrakizumab

1100 Actualmente no se dispone de datos en relación con este
1101 fármaco en la psoriasis pediátrica.
1102

Tofacitinib

1103 Un estudio abierto reciente que incluyó 47 pacientes con
1104 psoriasis pediátrica mostró una mejoría significativa de la
1105 eficacia y la calidad de vida con tofacitinib. En la semana
1106 12, el 55,32% de los pacientes alcanzaron un PASI75, y el
1107 70,21% lo alcanzaron en la semana 36¹²⁹. No se observaron
1108 acontecimientos adversos graves.
1109

Deucravacitinib

1110 Datos de otros inhibidores de JAK (TYK2) como deucravaci-
1111 tinib, están todavía siendo testados en niños (ECA fase III
1112 NCT04772079).
1113

Gestión del riesgo

Monitorización

1114 Aunque depende del tipo de tratamiento, los aconteci-
1115 mientos adversos de los tratamientos tópicos no son muy
1116 frecuentes³⁷, siendo en general leves (aunque varían en
1117 función del fármaco), especialmente cuando se siguen las
1118 indicaciones dadas en la ficha técnica de los medicamentos.
1119 Los acontecimientos adversos sistémicos de estas terapias
1120 son infrecuentes y su monitorización es eminentemente clí-
1121 nica (tabla 16).
1122

1123 Cabe señalar, en relación con el uso de corticoides tópicos,
1124 que los niños especialmente los más pequeños tienen
1125 la piel más delgada y una superficie cutánea proporcio-
1126 nalmente más amplia, por lo que el riesgo de absorción
1127 sistémica de estos fármacos es superior que en el adulto.
1128

1129 Por ello, se deberá escoger adecuadamente el corticoide
1130 (menor potencia) y evitar la aplicación sobre zonas extensas
1131 y durante largos periodos de tiempo.

1132 Por otro lado, los tratamientos sistémicos clásicos y tera-
1133 pias biológicas en general presentan un perfil de seguridad
1134 muy similar al objetivado en los adultos³⁶, por lo que la
1135 monitorización recomendada es muy similar (tabla 11). Uno
1136 de los acontecimientos adversos más frecuentes con el uso
de estas terapias son las infecciones de vías respiratorias,

que por otro lado son muy frecuentes en el niño sano. Las
infecciones del niño se producen por gérmenes diferentes a
los del adulto y los cuadros clínicos que presentan también
son particulares. Es por ello, que en caso de cuadro febril o
infección es importante realizar una valoración médica. Y,
en caso de infecciones leves, no es obligado retirar el tra-
tamiento, pero en caso de infecciones moderadas y graves,
se recomienda suspender el tratamiento hasta la mejoría
clínica.

1137
1138
1139
1140
1141
1142
1143
1144
1145

Tabla 16 Gestión del riesgo con el uso de las distintas opciones terapéuticas para pacientes pediátricos con psoriasis moderada-grave

Fármaco	Pre-tratamiento	Durante el tratamiento	AA más frecuentes/Suspensiones
Tratamientos tópicos	-Aspectos clínicos: • Descartar infección cutánea activa, infecciones sistémicas con afectación cutánea (varicela, herpes, etc.), rosácea, enfermedades atróficas de la piel • Comprobar estatus vacunal	-Aspectos clínicos: • Vigilar aparición de infecciones • Comprobar adherencia	-Dependiendo del tratamiento tópico: • Corticoides: estrías, atrofia, acné • Análogos vitamina D: irritación, dolor • Calcipotriol/dipropionato de betametasona: irritación • Antralina: irritación, pigmentación ropa, piel • Ácido salicílico: irritación, riesgo de intoxicación en niños pequeños • Alquitrán: irritación, pigmentación, mal olor • Inhibidores calcineurina: irritación, quemazón
MTX	-Aspectos clínicos: • Descartar infección activa (incluyendo TBC), citopenia, comorbilidad relevante • Comprobar estatus vacunal -Pruebas complementarias: • Hemograma, bioquímica general • Serología virus hepatitis A, B y C, VIH, varicela y cribado TBC -Considerar otras actuaciones en función de la situación epidemiológica y características del paciente -Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas	-Aspectos clínicos • Vigilar aparición de infecciones, citopenia, hepatopatía • Comprobar adherencia -Pruebas complementarias: • Hemograma, bioquímica hepática al mes, en 1-2 meses tras incrementar la dosis y, posteriormente, cada 4-6 meses si resultados previos normales y la dosis se mantiene estable	-AA más frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$): • Náuseas, vómitos, pérdida de apetito, úlceras bucales, elevación de enzimas hepáticas -Valorar suspensión: • Si \uparrow enzimas hepáticas > 3 veces, LSN. Si reintroducción, esta debe hacerse una vez normalizada la función hepática y disminuyendo un 20% la dosis • Infecciones moderadas-graves • Cirugía
CsA	-Aspectos clínicos: • Descartar infección activa (incluyendo TBC), citopenia, comorbilidad relevante • Comprobar estatus vacunal -Pruebas complementarias: • Hemograma, bioquímica general • Serología virus hepatitis A, B y C, VIH, varicela y cribado TBC -Considerar otras actuaciones en función de la situación epidemiológica y características del paciente -Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas	-Aspectos clínicos • Vigilar aparición de infecciones, citopenia • Control de tensión arterial • Comprobar adherencia -Pruebas complementarias: • Monitorización de la función renal (creatinina sérica) y ajustar dosis con determinación de las concentraciones plasmáticas. Posteriormente monitorización cada 3-6 meses de la presión arterial, función renal, función hepática y perfil lipídico	-AA más frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$): • Molestias gastrointestinales, cefalea, acné, aumento de vello en cara y cuerpo, agitación -Valorar suspensión: • Si \uparrow enzimas hepáticas > 3 veces, LSN. Si reintroducción, esta debe hacerse una vez normalizada la función hepática y disminuyendo un 20% la dosis • Desarrollo hipertensión arterial • Hiperlipidemia • Infecciones moderadas-graves • Cirugía

Tabla 16 (continuación)

Fármaco	Pre-tratamiento	Durante el tratamiento	AA más frecuentes/Suspensiones
Acitretina	<p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hemograma, bioquímica general ● Serología virus hepatitis A, B y C <p>-Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas</p>	<p>-Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comprobar adherencia ● Clínica y desarrollo musculoesquelético (incluyendo percentiles de crecimiento) <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hemograma, bioquímica hepática, perfil lipídico 1 mes, en 1-2 meses tras incrementar la dosis y, posteriormente, cada 4-6 meses si resultados previos normales y la dosis se mantiene estable 	<p>-AA más frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prurito, fragilidad piel, mialgias, efectos mucocutáneos asociados al uso de retinoides <p>-Valorar suspensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hiperlipidemia ● Infecciones moderadas-graves ● Cirugía <p>-Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas hasta tres años después de suspender acitretina</p>
Anti-TNF α	<p>-Aspectos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Descartar infección activa (incluyendo TBC), citopenia, enfermedad desmielinizante, comorbilidad relevante ● Descartar contactos recientes con pacientes con TBC ● Comprobar estatus vacunal <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hemograma, bioquímica general ● Serología virus hepatitis A, B y C, VIH, varicela y cribado TBC <p>-Considerar otras actuaciones en función de la situación epidemiológica y características del paciente</p> <p>-Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas</p>	<p>-Aspectos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar aparición de infecciones (incluyendo TBC), citopenia, hepatopatía <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comprobar adherencia ● Hemograma y bioquímica general a los 4-6 meses del inicio del tratamiento, y posteriormente en función de las características del paciente 	<p>-AA más frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infecciones (sobre todo respiratorias) ● Leucopenia ● Incremento de lípidos ● Cefalea ● Náuseas, vómitos ● Incremento de enzimas hepáticas ● Reacciones en lugar de inyección ● Dolor musculoesquelético <p>-Valorar suspensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si aparición de cáncer, enfermedad desmielinizante o neuritis óptica, citopenia grave, neumopatía intersticial u otros AA graves relacionados con el fármaco ● Infecciones moderadas-graves ● Cirugía
Inhibidores IL-17 Secukinumab Ixekizumab	<p>-Aspectos clínicos:</p> <p>Descartar infección activa (incluyendo TBC), citopenia (especialmente vigilancia del nivel de neutrófilos), comorbilidad relevante</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Descartar contactos recientes con pacientes con TBC ● No se recomiendan en pacientes con EII ● Valorar el riesgo beneficio si antecedentes de depresión y/o conducta o ideación suicida ● Comprobar estatus vacunal <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hemograma, bioquímica general ● Serología virus hepatitis A, B y C, VIH, varicela y cribado TBC <p>-Considerar otras actuaciones en función de la situación epidemiológica y características del paciente</p> <p>-Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas</p>	<p>-Aspectos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar aparición de infecciones (incluyendo TBC), citopenia, hepatopatía <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comprobar adherencia ● Hemograma y bioquímica general a los 4-6 meses del inicio del tratamiento, y posteriormente en función de las características del paciente 	<p>-AA más frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Infecciones: por <i>Candida</i>, influenza, tña, herpes simple, pie de atleta ● Cefalea ● Dolor orofaríngeo ● Rinorrea ● Trastornos gastrointestinales: diarrea y náuseas ● Trastornos musculoesqueléticos ● Trastornos generales: fatiga, reacciones en la zona de inyección, incluyendo eritema, dolor, prurito, hematomas y hemorragia <p>-Valorar suspensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si aparición de cáncer, citopenia grave u otros AA graves relacionados con el fármaco ● Infecciones moderadas-graves ● Cirugía

Tabla 16 (continuación)

Fármaco	Pre-tratamiento	Durante el tratamiento	AA más frecuentes/Suspensiones
Inhibidor IL 12/23 Ustekinumab	<p>-Aspectos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descartar infección activa (incluyendo TBC), citopenia, comorbilidad relevante • Descartar contactos recientes con pacientes con TBC • Comprobar estatus vacunal <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma, bioquímica general • Serología virus hepatitis A, B y C, VIH, varicela y cribado TBC <p>-Considerar otras actuaciones en función de la situación epidemiológica y características del paciente</p> <p>-Valorar anticoncepción en adolescentes femeninas</p>	<p>-Aspectos clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar aparición de infecciones (incluyendo TBC), citopenia, hepatopatía • Comprobar adherencia <p>-Pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Hemograma y bioquímica general a los 4-6 meses del inicio del tratamiento, y posteriormente en función de las características del paciente 	<p>-AA más frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones: respiratorias, gastroenteritis, herpes simple, tiña, nasofaringitis, sinusitis • Cefalea • Diarrea, náuseas y vómitos • Artralgias, dolor de espalda, mialgias • Dolor orofaríngeo • Prurito • Fatiga • Eritema y dolor en el lugar de inyección <p>-Valorar suspensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si citopenia grave u otros AA graves relacionados con el fármaco • Infecciones moderadas-graves • Cirugía

AA: acontecimientos adversos; LSN: límite superior normalidad; EI: enfermedad inflamatoria intestinal; TBC: tuberculosis; TNF: factor de necrosis tumoral; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Vacunación

Los niños con psoriasis pediátrica, especialmente aquellos que reciben tratamiento sistémico clásico y terapias biológicas, pueden tener un mayor riesgo de infecciones, por lo que se considera fundamental actualizar el calendario de vacunación del niño y el de su entorno.

En general, se deben administrar las vacunas recomendadas según el calendario de vacunación vigente de cada región, con algunas puntualizaciones, en línea con las recomendaciones emitidas para pacientes pediátricos inmunodeprimidos por otras enfermedades y tratamientos inmunosupresores (tabla 11).

Conclusión

La psoriasis es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes en la población pediátrica. Al igual que en el adulto, disponemos de distintas modalidades terapéuticas para su tratamiento. Sin embargo, este es un subgrupo de población que presenta unas características diferenciales relacionadas con la propia enfermedad, el impacto en el niño/adolescente, como en el manejo farmacológico que deben tenerse en cuenta.

Este consenso proporciona a los dermatólogos una herramienta de consulta y apoyo para la toma de decisiones terapéuticas de los pacientes con psoriasis pediátrica, todo ello basado en la mejor evidencia disponible actualmente y en la opinión de los propios expertos.

Financiación

Este proyecto estuvo financiado por la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).

Conflicto de intereses

A. Pérez-Ferriols received payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Ampersand Integral Projects, Organon Salud, Takeda Farmacéutica, Fundación Hispana De Osteoporosis, Fundación Iberian Imed Institute, Clover Soluciones, Publicidad Permanyer; Payment for expert testimony from Laboratorios Viñas Support for attending meetings and/or travel Lilly, Jansen.

A. Batalla received payment for Subinvestigator of clinical trials for: Sanofi, Amgen, Abbvie, Leo Pharma, Lilly, Pfizer, Novartis, Kymab, Galderma.

A. Vicente received Consulting fees from Abbvie, Amgen, Amryt, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Lilly, Novartis, Pierre Fabre, Sanofi Genzyme; Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Abbvie, Amgen, Amryt, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Ferrer, Galderma, Jansen, Lilly, Novartis, Pierre Fabre, Pfizer, Sanofi Genzyme.

B. Pérez Suárez received Consulting fees from UCB, Janssen and Lilly; Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from UCB, Janssen and Lilly.

J.M. Carrascosa received Grants or contracts from Jansen, Novartis and Almirall; Consulting fees from, Abbvie, Novartis, Leo Pharma, Sanofi, Janssen, UCB, BI, Lilly, Almirall; Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Abbvie, Novartis, Leo Pharma, Sanofi, Janssen, UCB, BI, Lilly, Almirall.

L. García received Consulting fees from Abbvie; Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers

Q16₁₁₇₄

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

bureaus, manuscript writing or educational events from Abbvie.

N. Eiris received Consulting fees from Abbvie, Janssen, Novartis, Lilly UCB, Almirall, Leo Pharma; Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Abbvie, Janssen, Novartis, Lilly UCB, Almirall, Leo Pharma.

P. de la Cueva received Consulting fees from, Abbvie Almiral, Amgen, Boehringer, Celgene, Janssen, Leo Pharma, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, UCB; Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events from Abbvie Almiral, Amgen, Boehringer, Celgene, Janssen, Leo Pharma, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, UCB.

R. de Lucas declare no conflicts.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2024.06.007](https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.007).

Bibliografía

1. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol.* 2010;162:633-6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09593.x>.
2. Mitchell AE. Bidirectional relationships between psychological health and dermatological conditions in children. *Psychol Res Behav Manag.* 2018;11:289-98, <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S117583>.
3. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol.* 2006;155:145-51, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07185.x>.
4. Manzoni AP, Pereira RL, Townsend RZ, Weber MB, Nagatomi AR, Cestari TF. Assessment of the quality of life of pediatric patients with the major chronic childhood skin diseases. *An Bras Dermatol.* 2012;87:361-8, <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962012000300002>.
5. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol.* 2005;141:1537-41, <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.141.12.1537>.
6. Matusiewicz D, Koerber A, Schadendorf D, Wasem J, Neumann A. Childhood psoriasis-an analysis of German health insurance data. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:8-13, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12205>.
7. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2000;17:174-8, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1470.2000.01746.x>.
8. Osier E, Wang AS, Tollefson MM, Cordoro KM, Daniels SR, Eichenfield A, et al. Pediatric Psoriasis Comorbidity Screening Guidelines. *JAMA Dermatol.* 2017;153:698-704, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.0499>.
9. Seyger MMB, Augustin M, Sticherling M, Bachhuber T, Fang J, Hetherington J, et al. Physician-reported Clinical Unmet Needs Burden and Treatment Patterns of Paediatric Psoriasis Patients: A US and EU Real-world

- Evidence Study. *Acta Derm Venereol.* 2022;102:adv00660, <http://dx.doi.org/10.2340/actadv.v101.981>.
10. Hebert AA, Browning J, Kwong PC, Duarte AM, Price HN, Siegfried E. Managing pediatric psoriasis: update on treatments and challenges-a review. *J Dermatolog Treat.* 2022;33:2433-42, <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2022.2059051>.
11. Menter A, Cordoro KM, Davis DMR, Kroshinsky D, Paller AS, Armstrong AW, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:161-201, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.049>.
12. Fortina AB, Bardazzi F, Berti S, Carnevale C, Di Lernia V, El Hachem M, et al. Treatment of severe psoriasis in children: recommendations of an Italian expert group. *Eur J Pediatr.* 2017;176:1339-54, <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-017-2985-x>.
13. Peris K, Fortina AB, Bianchi L, Fabbrocini G, Gisondi P, Balato A, et al. Update on the Management of Pediatric Psoriasis: An Italian Consensus. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2022;12:1753-75, <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-022-00758-2>.
14. Eisert L, Augustin M, Bach S, Dittmann M, Eiler R, Fölster-Holst R, et al. S2k guidelines for the treatment of psoriasis in children and adolescents - Short version part 2. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17:959-73, <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.13936>.
15. Eisert L, Augustin M, Bach S, Dittmann M, Eiler R, Fölster-Holst R, et al. S2k guidelines for the treatment of psoriasis in children and adolescents - Short version part 1. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019;17:856-70, <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.13907>.
16. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy Part 1. Concepts and General Management of Psoriasis with Biologic Therapy. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113:261-77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.003>.
17. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Lencina JJA, et al. Practical Update of the Guidelines Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPs) on the Treatment of Psoriasis With Biologic Agents: Part 2 - Management of Special Populations Patients With Comorbid Conditions, and Risk. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113:583-609, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.024>.
18. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol.* 2001;18:188-98, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1470.2001.018003188.x>.
19. Chiam LY, De Jager ME, Giam YC, De Jong EM, Van de Kerkhof PC, Seyger MM. Juvenile psoriasis in European and Asian children: similarities and differences. *Br J Dermatol.* 2011;164:1101-3, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10196.x>.
20. Seyhan M, Coşkun BK, Sağlam H, Özcan H, Karıncaoğlu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int.* 2006;48:525-30, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-200X.2006.02270.x>.
21. Shah KN. Diagnosis and treatment of pediatric psoriasis: current and future. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14:195-213, <http://dx.doi.org/10.1007/s40257-013-0026-8>.
22. Mercy K, Kwasny M, Cordoro KM, Menter A, Tom WL, Korman N, et al. Clinical manifestations of pediatric psoriasis: results of a multicenter study in the United States. *Pediatr Dermatol.* 2013;30:424-8, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12072>.

- 1330 23. Benoit S, Hamm H. Childhood psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:555-62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.009>.
- 1331
- 1332 24. Randa H, Lomholt JJ, Skov L, Zachariae R. Health-related quality of life in adolescents with psoriasis: an interview-based study. *Br J Dermatol.* 2018;178:1404-11, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.16326>.
- 1333
- 1334 25. De Jager MEA, De Jong E, Evers AWM, Van De Kerkhof PCM, Seyger MMB. The burden of childhood psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:736-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01489.x>.
- 1335
- 1336 26. Gupta MA, Simpson FC, Gupta AK. Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2016;29:63-75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2015.09.003>.
- 1337
- 1338 27. Kaushik SB, Lebwohl MG. Psoriasis: Which therapy for which patient: Psoriasis comorbidities and preferred systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:27-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.057>.
- 1339
- 1340 28. Kaushik SB, Lebwohl MG. Psoriasis: Which therapy for which patient: Focus on special populations and chronic infections. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:43-53, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.056>.
- 1341
- 1342 29. Dermatology AAO. Measure 410. Psoriasis: clinical response to oral systemic or biologic medications 2016 Disponible en: https://qpp.cms.gov/docs/QPP_quality_measure_specifications/Claims-Registry-Measures/2017_Measure_410_Claims.pdf.
- 1343
- 1344 30. Salek MS, Jung S, Brincat-Ruffini LA, MacFarlane L, Lewis-Jones MS, Basra MK, et al. Clinical experience and psychometric properties of the Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI), 1995-2012. *Br J Dermatol.* 2013;169:734-59, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.12437>.
- 1345
- 1346 31. Holme SA, Man I, Sharpe JL, Dykes PJ, Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index: validation of the cartoon version. *Br J Dermatol.* 2003;148:285-90, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.2003.05157.x>.
- 1347
- 1348 32. van Geel MJ, Otero ME, de Jong EM, van de Kerkhof PC, Seyger MM. Validation of the Simplified Psoriasis Index in Dutch children and adolescents with plaque psoriasis. *Br J Dermatol.* 2017;176:771-6, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.15120>.
- 1349
- 1350 33. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venerología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica Parte 1. «Conceptos y manejo general de la psoriasis con terapia biológica». *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113:261-77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.003>.
- 1351
- 1352 34. McLenon J, Rogers MAM. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2019;75:30-42, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13818>.
- 1353
- 1354 35. Beck KM, Yang EJ, Sanchez IM, Liao W. Treatment of Genital Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2018;8:509-25, <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-018-0257-y>.
- 1355
- 1356 36. de Jager MEA, de Jong EMGJ, van de Kerkhof PCM, Seyger MMB. Efficacy and safety of treatments for childhood psoriasis: a systematic literature review. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:1013-30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.06.048>.
- 1357
- 1358 37. Kravvas G, Gholam K. Use of topical therapies for pediatric psoriasis: A systematic review. *Pediatr Dermatol.* 2018;35:296-302, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.13422>.
- 1359
- 1360 38. Oranje AP, Marcoux D, Svensson A, Prendiville J, Krafchik B, Toole J, et al. Topical calcipotriol in childhood psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36 2 Pt 1:203-8, [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(97\)70281-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(97)70281-0).
- 1361
- 1362 39. Bronckers I, Seyger MMB, West DP, Lara-Corrales I, Tollefson M, Tom WL, et al. Safety of Systemic Agents for the Treatment of Pediatric Psoriasis. *JAMA Dermatol.* 2017;153:1147-57, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3029>.
- 1363
- 1364 40. Bruins FM, Bronckers IMGJ, Groenewoud HMM, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, Seyger MMB. Association Between Quality of Life and Improvement in Psoriasis Severity and Extent in Pediatric Patients. *JAMA Dermatol.* 2020;156:72-8, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.3717>.
- 1365
- 1366 41. Brune A, Miller DW, Lin P, Cotrim-Russi D, Paller AS. Tacrolimus ointment is effective for psoriasis on the face and intertriginous areas in pediatric patients. *Pediatr Dermatol.* 2007;24:76-80, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2007.00341.x>.
- 1367
- 1368 42. Darley CR, Cunliffe WJ, Green CM, Hutchinson PE, Klaber MR, Downes N. Safety and efficacy of calcipotriol ointment (Dovonex) in treating children with psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol.* 1996;135:390-3.
- 1369
- 1370 43. Mhusakunchai P, Techasatian L. An Association of Pediatric Psoriasis with Metabolic Syndrome in Thai Children: 20 Years Retrospective Study. *Psoriasis (Auckl).* 2021;11:75-82, <http://dx.doi.org/10.2147/PTT.S317593>.
- 1371
- 1372 44. Oostveen AM, de Jager MEA, van de Kerkhof PCM, Donders ART, de Jong EMGJ, Seyger MMB. The influence of treatments in daily clinical practice on the Children's Dermatology Life Quality Index in juvenile psoriasis: a longitudinal study from the Child-CAPTURE patient registry. *Br J Dermatol.* 2012;167:145-9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.10996.x>.
- 1373
- 1374 45. Oostveen AM, de Jong EMGJ, Donders ART, van de Kerkhof PCM, Seyger MMB. Treatment of paediatric scalp psoriasis with calcipotriene/betamethasone dipropionate scalp formulation: effectiveness, safety and influence on children's quality of life in daily practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:1193-7, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12789>.
- 1375
- 1376 46. Oostveen AM, Beulens CA, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, Seyger MMB. The effectiveness and safety of short-contact dithranol therapy in paediatric psoriasis: a prospective comparison of regular day care and day care with telemedicine. *Br J Dermatol.* 2014;170:454-7, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.12621>.
- 1377
- 1378 47. Saggese G, Federico G, Battini R. Topical application of 1,25-dihydroxyvitamin D3 (calcitriol) is an effective and reliable therapy to cure skin lesions in psoriatic children. *Eur J Pediatr.* 1993;152:389-92, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01955893>.
- 1379
- 1380 48. van Geel MJ, Mul K, Oostveen AM, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, Seyger MMB. Calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment in mild-to-moderate paediatric psoriasis: long-term daily clinical practice data in a prospective cohort. *Br J Dermatol.* 2014;171:363-9, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.12895>.
- 1381
- 1382 49. Frangos JE, Kimball AB. Clobetasol propionate emollient formulation foam in the treatment of corticosteroid-responsive dermatoses. *Expert Opin Pharmacother.* 2008;9:2001-7, <http://dx.doi.org/10.1517/14656566.9.11.2001>.
- 1383
- 1384 50. Herz G, Blum G, Yawalkar S. Halobetasol propionate cream by day and halobetasol propionate ointment at night for the treatment of pediatric patients with chronic, localized plaque psoriasis and atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 1991;25 6 Pt 2:1166-9, [http://dx.doi.org/10.1016/0190-9622\(91\)70319-w](http://dx.doi.org/10.1016/0190-9622(91)70319-w).
- 1385
- 1386 51. Long CC, Mills CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol.* 1998;138:293-6, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02077.x>.
- 1387
- 1388 52. Lavaud J, Mahe E. Proactive treatment in childhood psoriasis. *Ann Dermatol Venereol.* 2020;147:29-35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2019.07.005>.
- 1389
- 1390
- 1391
- 1392
- 1393
- 1394
- 1395
- 1396
- 1397
- 1398
- 1399
- 1400
- 1401
- 1402
- 1403
- 1404
- 1405
- 1406
- 1407
- 1408
- 1409
- 1410
- 1411
- 1412
- 1413
- 1414
- 1415
- 1416
- 1417
- 1418
- 1419
- 1420
- 1421
- 1422
- 1423
- 1424
- 1425
- 1426
- 1427
- 1428
- 1429
- 1430
- 1431
- 1432
- 1433
- 1434
- 1435
- 1436
- 1437
- 1438
- 1439
- 1440
- 1441
- 1442
- 1443
- 1444
- 1445
- 1446
- 1447
- 1448
- 1449
- 1450
- 1451
- 1452
- 1453
- 1454
- 1455
- 1456
- 1457
- 1458
- 1459
- 1460

- 1461 53. Bakos L, Bakos RM. Focal acne during topical tacrolimus therapy for vitiligo. *Arch Dermatol.* 2007;143:1223–4, <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.143.9.1223>. 1529
- 1462
- 1463 54. de Jager ME, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Seyger MM. Dithranol therapy in childhood psoriasis: unjustifiably on the verge of falling into oblivion. *Dermatology.* 2010;220:329–32, <http://dx.doi.org/10.1159/000278241>. 1530
- 1464
- 1465
- 1466
- 1467 55. Oostveen AM, de Jager ME, van de Kerkhof PC, Donders AR, de Jong EM, Seyger MM. The influence of treatments in daily clinical practice on the Children's Dermatology Life Quality Index in juvenile psoriasis: a longitudinal study from the Child-CAPTURE patient registry. *Br J Dermatol.* 2012;167:145–9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.10996.x>. 1531
- 1468
- 1469
- 1470
- 1471
- 1472
- 1473 56. Cordero KM. Topical therapy for the management of childhood psoriasis: part I. *Skin Therapy Lett.* 2008;13:1–3. 1532
- 1474
- 1475
- 1476 57. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:451–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.03.027>. 1533
- 1477
- 1478
- 1479
- 1480
- 1481 58. Akamine KL, Gustafson CJ, Yentzer BA, Edison BL, Green BA, Davis SA, et al. A double-blind, randomized clinical trial of 20% alpha/poly hydroxy acid cream to reduce scaling of lesions associated with moderate, chronic plaque psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2013;12:855–9. 1534
- 1482
- 1483
- 1484
- 1485
- 1486 59. Witman PM. Topical therapies for localized psoriasis. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:943–9, <http://dx.doi.org/10.4065/76.9.943>. 1535
- 1487
- 1488
- 1489 60. Childhood psoriasis: often favorable outcome. *Prescrire Int.* 2009;18:275. 1536
- 1490
- 1491 61. Lebowhl M. The role of salicylic acid in the treatment of psoriasis. *Int J Dermatol.* 1999;38:16–24, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-4362.1999.00500.x>. 1537
- 1492
- 1493
- 1494 62. Borska L, Andrys C, Krejsek J, Palicka V, Chmelarova M, Hamakova K, et al. Oxidative damage to nucleic acids and benzo(a)pyrene-7,8-diol-9,10-epoxide-DNA adducts and chromosomal aberration in children with psoriasis repeatedly exposed to crude coal tar ointment and UV radiation. *Oxid Med Cell Longev.* 2014;2014:302528, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/302528>. 1538
- 1495
- 1496
- 1497
- 1498
- 1499
- 1500 63. Schiff M, Takeuchi T, Fleischmann R, Gaich CL, DeLozier AM, Schlichting D, et al. Patient-reported outcomes of baricitinib in patients with rheumatoid arthritis and no or limited prior disease-modifying antirheumatic drug treatment. *Arthritis Res Ther.* 2017;19:208, <http://dx.doi.org/10.1186/s13075-017-1410-1>. 1539
- 1501
- 1502
- 1503 64. Ergun T, Seckin Gencosmanoglu D, Alpsoy E, Bulbul-Baskan E, Saricam MH, Salman A, et al. Efficacy, safety and drug survival of conventional agents in pediatric psoriasis: A multicenter, cohort study. *J Dermatol.* 2017;44:630–4, <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.13713>. 1540
- 1504
- 1505
- 1506 65. Wang Z, Chen Y, Xiang X, Gu Y, Zhao M, Liu Y, et al. Systemic Methotrexate Treatment in 42 Children with Severe Plaque Psoriasis: A Retrospective Study in China. *Dermatology.* 2022;238:919–27, <http://dx.doi.org/10.1159/000521262>. 1541
- 1507
- 1508
- 1509
- 1510
- 1511 66. Papp K, Thaçi D, Marcoux D, Weibel L, Philipp S, Ghislain PD, et al. Efficacy and safety of adalimumab every other week versus methotrexate once weekly in children and adolescents with severe chronic plaque psoriasis: a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet.* 2017;390(10089):40–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31189-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31189-3). 1542
- 1512
- 1513 67. Wan J, Shin DB, Gelfand JM. Treatment utilization and drug survival of systemic medications among commercially insured children with psoriasis. *Pediatr Dermatol.* 2021;38:1169–77, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.14781>. 1543
- 1514
- 1515
- 1516 68. Posso-De Los Rios CJ, Pope E, Lara-Corrales I. A systematic review of systemic medications for pustular psoriasis in pediatrics. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:430–9, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12351>. 1544
- 1517
- 1518 69. van Geel MJ, Mul K, de Jager MEA, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, Seyger MMB. Systemic treatments in paediatric psoriasis: a systematic evidence-based update. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:425–37, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12749>. 1545
- 1519
- 1520 70. Thaçi D, Papp K, Marcoux D, Weibel L, Pinter A, Ghislain PD, et al. Sustained long-term efficacy and safety of adalimumab in paediatric patients with severe chronic plaque psoriasis from a randomized, double-blind, phase III study. *Br J Dermatol.* 2019;181:1177–89, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.18029>. 1546
- 1521
- 1522 71. van Geel MJ, Oostveen AM, Hoppenreijns EPAH, Hendriks JCM, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, et al. Methotrexate in pediatric plaque-type psoriasis: Long-term daily clinical practice results from the Child-CAPTURE registry. *J Dermatolog Treat.* 2015;26:406–12, <http://dx.doi.org/10.3109/09546634.2014.996515>. 1547
- 1523
- 1524 72. Bronckers I, Paller AS, West DP, Lara-Corrales I, Tollefson MM, Tom WL, et al. A Comparison of Psoriasis Severity in Pediatric Patients Treated With Methotrexate vs Biologic Agents. *JAMA Dermatol.* 2020;156:384–92, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.4835>. 1548
- 1525
- 1526 73. Aslam N, Saleem H, Murtazaliev S, Quazi SJ, Khan S. FDA Approved Biologics: Can Etanercept and Ustekinumab be Considered a First-Line Systemic Therapy for Pediatric/Adolescents in Moderate to Severe Psoriasis? A Systematic Review. *Cureus.* 2020;12:e9812, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.9812>. 1549
- 1527
- 1528 74. Di Lernia V, Guarneri C, Stingeni L, Gisondi P, Bonamonte D, Calzavara Pinton PG, et al. Effectiveness of etanercept in children with plaque psoriasis in real practice: a one-year multicenter retrospective study. *J Dermatolog Treat.* 2018;29:217–9, <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2017.1364692>. 1550
- 1529
- 1530 75. Bodemer C, Kaszuba A, Kingo K, Tsianakas A, Morita A, Rivas E, et al. Secukinumab demonstrates high efficacy and a favourable safety profile in paediatric patients with severe chronic plaque psoriasis: 52-week results from a Phase 3 double-blind randomized, controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35:938–47, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.17002>. 1551
- 1531
- 1532 76. Langley RG, Paller AS, Hebert AA, Creamer K, Weng HH, Jahreis A, et al. Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:64–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.02.060>. 1552
- 1533
- 1534 77. Paller AS, Siegfried EC, Langley RG, Gottlieb AB, Pariser D, Landells I, et al. Etanercept treatment for children and adolescents with plaque psoriasis. *N Engl J Med.* 2008;358:241–51, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa066886>. 1553
- 1535
- 1536 78. Paller AS, Siegfried EC, Eichenfield LF, Pariser D, Langley RG, Creamer K, et al. Long-term etanercept in pediatric patients with plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:762–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2010.04.004>. 1554
- 1537
- 1538 79. Paller AS, Siegfried EC, Pariser DM, Rice KC, Trivedi M, Iles J, et al. Long-term safety and efficacy of etanercept in children and adolescents with plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:280–7.e1-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.09.056>. 1555
- 1539
- 1540 80. Paller AS, Seyger MMB, Alejandro Magariños G, Bagel J, Pinter A, Cather J, et al. Efficacy and safety of ixekizumab in a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study in paediatric patients with moderate-to-severe plaque psoriasis (IXORA-PEDS). *Br J Dermatol.* 2020;183:231–41, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.19147>. 1556
- 1541
- 1542 81. Phan C, Beauchet A, Burztejn AC, Severino-Freire M, Barbarot S, Girard C, et al. Biological treatments for paediatric psoriasis: a retrospective observational study on 1557

- biological drug survival in daily practice in childhood psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:1984–92, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15579>.
82. Landells I, Marano C, Hsu MC, Li S, Zhu Y, Eichenfield LF, et al. Ustekinumab in adolescent patients age 12 to 17 years with moderate-to-severe plaque psoriasis: results of the randomized phase 3 CADMUS study. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:594–603, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2015.07.002>.
83. Paller AS, Seyger MMB, Magariños GA, Pinter A, Cather JC, Rodriguez-Capriles C, et al. Long-term Efficacy and Safety of Up to 108 Weeks of Ixekizumab in Pediatric Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis: The IXORA-PEDS Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2022;158:533–41, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2022.0655>.
84. Bakry R, Klein MA, Horneff G. Oral or Parenteral Methotrexate for the Treatment of Polyarticular Juvenile Idiopathic Arthritis. *Eur J Rheumatol.* 2022;9:197–205, <http://dx.doi.org/10.5152/eurjrheum.2022.21090>.
85. Neshar G, Zuckner J. Rheumatologic complications of vitamin A and retinoids. *Semin Arthritis Rheum.* 1995;24:291–6, [http://dx.doi.org/10.1016/s0049-0172\(95\)80039-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0049-0172(95)80039-5).
86. Halverstam CP, Zeichner J, Lebwohl M. Lack of significant skeletal changes after long-term, low-dose retinoid therapy: case report and review of the literature. *J Cutan Med Surg.* 2006;10:291–9, <http://dx.doi.org/10.2310/7750.2006.00065>.
87. Shroukh WA, Steinke DT, Willis SC. Risk management of teratogenic medicines: A systematic review. *Birth Defects Res.* 2020;112:1755–86, <http://dx.doi.org/10.1002/bdr2.1799>.
88. Magnolo N, Kingo K, Laquer V, Browning J, Reich A, Szepletowski JC, et al. A phase 3 open-label, randomized multicenter study to evaluate efficacy and safety of secukinumab in pediatric patients with moderate to severe plaque psoriasis: 24-week results. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86:122–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2021.08.066>.
89. Gooderham M, Debarre JM, Keddy-Grant J, Xu Z, Kurvits M, Goodfield M. Safety and efficacy of calcipotriol plus betamethasone dipropionate gel in the treatment of scalp psoriasis in adolescents 12–17 years of age. *Br J Dermatol.* 2014;171:1470–7, <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.13235>.
90. Kim E, Lee G, Fischer G. Use of narrowband ultraviolet B (NB-UVB) in paediatric psoriasis: A systematic literature review and meta-analysis. *Australas J Dermatol.* 2021;62:124–9, <http://dx.doi.org/10.1111/ajd.13471>.
91. Vicente A. Psoriasis en la infancia. *An Pediatr Contin.* 2014;12:348–54, [http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70216-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70216-1).
92. Kelly KA, Ewulu A, Emmerich VK, Heron CE, Feldman SR. Refractory Pediatric Psoriasis and Atopic Dermatitis: The Importance of Therapeutical Adherence and Biological Management. *Biomedicines.* 2021;9:958, <http://dx.doi.org/10.3390/biomedicines9080958>.
93. Jain VK, Bansal A, Aggarwal K, Jain K. Enhanced response of childhood psoriasis to narrow-band UV-B phototherapy with preirradiation use of mineral oil. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:559–64, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2008.00729.x>.
94. Landells I, Paller AS, Pariser D, Kricorian G, Foehl J, Motta C, et al. Efficacy and safety of etanercept in children and adolescents aged > or = 8 years with severe plaque psoriasis. *Eur J Dermatol.* 2010;20:323–8, <http://dx.doi.org/10.1684/ejkd.2010.0911>.
95. Siegfried EC, Eichenfield LF, Paller AS, Pariser D, Creamer K, Kricorian G. Intermittent etanercept therapy in pediatric patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:769–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2009.10.046>.
96. Dogra S, Kaur I. Childhood psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76:357–65, <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.66580>.
97. Eichenfield LF, Ganslandt C, Kurvits M, Schlessinger J. Safety and efficacy of calcipotriene plus betamethasone dipropionate topical suspension in the treatment of extensive scalp psoriasis in adolescents ages 12 to 17 years. *Pediatr Dermatol.* 2015;32:28–35, <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12429>.
98. Ersoy-Evans S, Altaykan A, Sahin S, Kölemen F. Phototherapy in childhood. *Pediatr Dermatol.* 2008;25:599–605, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2008.00773.x>.
99. Walters IB, Burack LH, Coven TR, Gilleaudeau P, Krueger JG. Suberythemogenic narrow-band UVB is markedly more effective than conventional UVB in treatment of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40 Pt 1:893–900, [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(99\)70076-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(99)70076-9).
100. Chen P, Li C, Xue R, Chen H, Tian X, Zeng K, et al. Efficacy and safety of acitretin monotherapy in children with pustular psoriasis: results from 15 cases and a literature review. *J Dermatolog Treat.* 2018;29:353–63, <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2017.1395798>.
101. Bulbul Baskan E, Yazici S, Tunali S, Saricaoglu H. Clinical experience with systemic cyclosporine A treatment in severe childhood psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2016;27:328–31, <http://dx.doi.org/10.3109/09546634.2015.1115813>.
102. Dogra S, Mahajan R, Narang T, Handa S. Systemic cyclosporine treatment in severe childhood psoriasis: A retrospective chart review. *J Dermatolog Treat.* 2017;28:18–20, <http://dx.doi.org/10.3109/09546634.2015.1034072>.
103. Wootton CI, Murphy R. Psoriasis in children: should we be worried about comorbidities? *Br J Dermatol.* 2013;168:661–3, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11204.x>.
104. Meneghetti TC, Padilha TMH, Azevedo VF, Cat MNL, Sarolli BMS, de Carvalho VO. The musculoskeletal impairment negatively impacts the quality of life of children and adolescents with psoriasis. *Adv Rheumatol.* 2020;60:33, <http://dx.doi.org/10.1186/s42358-020-00136-6>.
105. Edson-Heredia E, Anderson S, Guo J, Zhu B, Malatestinic WN, Wine-Lee L, et al. Real-World Claims Analyses of Comorbidity Burden, Treatment Pattern Healthcare Resource Utilization, and Costs in Pediatric Psoriasis. *Adv Ther.* 2021;38:3948–61, <http://dx.doi.org/10.1007/s12325-021-01795-7>.
106. Paller AS, Mercy K, Kwasy MJ, Choon SE, Cordoro KM, Girolomoni G, et al. Association of pediatric psoriasis severity with excess and central adiposity: an international cross-sectional study. *JAMA Dermatol.* 2013;149:166–76, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.1078>.
107. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:205–12, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13854>.
108. Kwa L, Kwa MC, Silverberg JI. Cardiovascular comorbidities of pediatric psoriasis among hospitalized children in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77:1023–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.034>.
109. Álvarez J, Aguilar F, Lurbe E. La medida de la presión arterial en niños y adolescentes: Elemento clave en la evaluación de la hipertensión arterial. *An Pediatr (Barc).* 2022;96:536.e1–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.015>.
110. Di Costanzo L, Fattorusso V, Mozzillo E, Patri A, Di Caprio R, De Nitto E, et al. Psoriasis in children with type 1 diabetes: A new comorbidity to be considered? *Acta Diabetol.* 2017;54:803–4, <http://dx.doi.org/10.1007/s00592-017-1000-3>.
111. Ros P, Barrio R. Diabetes tipo 2 en la infancia y adolescencia. *An Pediatr Contin.* 2009;7:127–35, [http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818\(09\)71116-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818(09)71116-3).
112. Zimmet P, Alberti G, Kaufman F, Tajima N, Silink M, Arslanian S, et al. The metabolic syndrome in chil-

- 1731 dren and adolescents. *Lancet*. 2007;369:2059–61,
1732 [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60958-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60958-1).
- 1733 113. Goldminz AM, Buzney CD, Kim N, Au SC, Levine DE, Wang
1734 AC, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in chil-
1735 dren with psoriatic disease. *Pediatr Dermatol*. 2013;30:700–5,
1736 <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12218>.
- 1737 114. Piché ME, Poirier P, Lemieux I, Després JP. Over-
1738 view of Epidemiology and Contribution of Obesity
1739 and Body Fat Distribution to Cardiovascular Disease:
1740 An Update. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018;61:103–13,
1741 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2018.06.004>.
- 1742 115. Xi B, Zong X, Kelishadi R, Litwin M, Hong YM, Poh BK,
1743 et al. International Waist Circumference Percentile Cutoffs
1744 for Central Obesity in Children and Adolescents Aged 6
1745 to 18 Years. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105:e1569–83,
1746 <http://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgz195>.
- 1747 116. van Dijk SB, Takken T, Prinsen EC, Wittink H. Diffe-
1748 rent anthropometric adiposity measures and their
1749 association with cardiovascular disease risk fac-
1750 tors: a meta-analysis. *Neth Heart J*. 2012;20:208–18,
1751 <http://dx.doi.org/10.1007/s12471-011-0237-7>.
- 1752 117. Ogdie A, Weiss P. The Epidemiology of Psoriatic Arth-
1753 ritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41:545–68,
1754 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2015.07.001>.
- 1755 118. Stoll ML, Punaro M. Psoriatic juvenile idiopathic arthritis: a
1756 tale of two subgroups. *Curr Opin Rheumatol*. 2011;23:437–43,
1757 <http://dx.doi.org/10.1097/BOR.0b013e328348b278>.
- 1758 119. Lewkowicz D, Gottlieb AB. Pediatric psoriasis and
1759 psoriatic arthritis. *Dermatol Ther*. 2004;17:364–75,
1760 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1396-0296.2004.04039.x>.
- 1761 120. Kara T, Topkarcı Z, Yılmaz S, Akaltun İ, Erdoğan
1762 B. Pediatric patients with psoriasis and psychiatric
1763 disorders: premorbidity and comorbidity in a case-
1764 control study. *J Dermatolog Treat*. 2019;30:129–34,
1765 <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2018.1476653>.
- 1766 121. Kimball AB, Wu EQ, Guérin A, Yu AP, Tsaneva M, Gupta SR, et al.
1767 Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients
1768 with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:651–7.e1–2,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2011.11.948>.
122. de Jager ME, van de Kerkhof PC, de Jong EM, Seyger MM. 1769
A cross-sectional study using the Children’s Dermatology 1770
Life Quality Index (CDLQI) in childhood psoriasis: negative 1771
effect on quality of life and moderate correlation of CDLQI 1772
with severity scores. *Br J Dermatol*. 2010;163:1099–101, 1773
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09993.x>. 1774
123. Kelly KA, Balogh EA, Kaplan SG, Feldman SR. Skin Disease 1775
in Children: Effects on Quality of Life, Stigmatization, 1776
Bullying, and Suicide Risk in Pediatric Acne, Atopic Derma- 1777
titis, and Psoriasis Patients. *Children (Basel)*. 2021;8:1057, 1778
<http://dx.doi.org/10.3390/children8111057>. 1779
124. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, American Academy of Pedia- 1780
trics. Bright futures: guidelines for health supervision of 1781
infants, children, and adolescents. 4th ed. Elk Grove Village, 1782
IL: Bright Futures/American Academy of Pediatrics; 2017. 1783
125. Augustin M, Radtke MA, Glaeske G, Reich K, Christop- 1784
hers E, Schaefer I, et al. Epidemiology and Comorbidity 1785
in Children with Psoriasis and Atopic Eczema. *Dermatology*. 1786
2015;231:35–40, <http://dx.doi.org/10.1159/000381913>. 1787
126. Abramson O, Durant M, Mow W, Finley A, Kodali P, 1788
Wong A, et al. Incidence, prevalence, and time trends 1789
of pediatric inflammatory bowel disease in Northern 1790
California, 1996 to 2006. *J Pediatr*. 2010;157:233–9.e1, 1791
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.024>. 1792
127. Anderson EL, Howe LD, Jones HE, Higgins JP, Law- 1793
lor DA, Fraser A. The Prevalence of Non-Alcoholic Fatty 1794
Liver Disease in Children and Adolescents: A Systematic 1795
Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0140908, 1796
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140908>. 1797
128. Paller AS, Hong Y, Becker EM, de Lucas R, Paris 1798
M, Zhang W, et al. Pharmacokinetics and safety of 1799
apremilast in pediatric patients with moderate to 1800
severe plaque psoriasis: Results from a phase 2 open- 1801
label study. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:389–97, 1802
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.019>. 1803
129. AlMutairi N, Nour T. Tofacitinib in Pediatric Pso- 1804
riasis: An Open-Label Trial to Study Its Safety and 1805
Efficacy in Children. *Dermatology*. 2020;236:191–8, 1806
<http://dx.doi.org/10.1159/000503062>. 1807