



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA –
IPPMG**

**DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE PSORÍASE EM CRIANÇAS MENORES DE 7
ANOS: UMA SÉRIE DE CASOS NO IPPMG – UFRJ**

Projeto de Pesquisa

Autora: Letícia Revitto Monteiro da Silva

Orientadora: Simone Saintive Barbosa

RIO DE JANEIRO, 2026

LETÍCIA REVITTO MONTEIRO DA SILVA

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE PSORÍASE EM CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS:
UMA SÉRIE DE CASOS NO IPPMG – UFRJ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão
Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito parcial para obtenção do título de
especialista em Pediatria, sob orientação da Profa.
Dra. Simone Saintive Barbosa.

Rio de Janeiro
2026

1. RESUMO

A psoríase é uma doença inflamatória, sistêmica e multifatorial que afeta classicamente a pele e pode se manifestar desde a infância até a vida adulta. Apesar de poder iniciar em qualquer idade, seu surgimento em crianças menores de 7 anos representa um desafio diagnóstico, devido à possibilidade de apresentação atípica e frequente confusão com outras dermatoses. Considerando a escassez de estudos brasileiros, especialmente séries de casos em pré-escolares e lactentes, este trabalho tem como objetivo descrever as características clínicas e os principais desafios no diagnóstico de psoríase em crianças menores de 7 anos atendidas no período de 2015 a 2025 no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ). Trata-se de uma série de 10 casos, com coleta retrospectiva de dados, incluindo crianças com diagnóstico de psoríase e excluindo aqueles fora da faixa etária ou com dados clínicos incompletos para confirmação diagnóstica. Serão analisadas informações sobre características dos pacientes ao diagnóstico, manifestações clínicas, exames complementares, diagnósticos diferenciais, conduta terapêutica e evolução clínica. Espera-se identificar fatores que contribuem para o atraso no diagnóstico e as dificuldades na diferenciação da psoríase precoce, comparando-os com a literatura existente. Ademais, o estudo visa ampliar o conhecimento sobre manifestações de psoríase em idade precoce, auxiliando sua inclusão no diagnóstico diferencial na prática clínica.

Palavras-chave: Psoríase; Dermatologia pediátrica; Pré-escolar; Lactente.

2. ABSTRACT

Psoriasis is an inflammatory, systemic, and multifactorial disease that classically affects the skin and may manifest from childhood through adulthood. Although it can begin at any age, its onset in children under 7 years of age represents a diagnostic challenge due to the possibility of atypical presentations and frequent confusion with other dermatoses. Considering the scarcity of Brazilian studies — particularly case series involving preschool children and infants — this study aims to describe the clinical characteristics and main diagnostic challenges of psoriasis in children under 7 years of age treated between 2015 and 2025 at the Pediatric Dermatology outpatient clinic of the Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ). This is a case series of 10 patients, with retrospective data collection, including children diagnosed with psoriasis and excluding those outside the age

range or with incomplete clinical data insufficient for diagnostic confirmation. Data regarding patient characteristics at diagnosis, clinical manifestations, complementary examinations, differential diagnoses, therapeutic management, and clinical outcomes will be analyzed. The study aims to identify factors contributing to delayed diagnosis and difficulties in differentiating early-onset psoriasis, comparing the findings with existing literature. In addition, this study seeks to expand knowledge about psoriasis manifestations in early childhood, supporting its inclusion in the differential diagnosis in clinical practice.

Keywords: Psoriasis; Pediatric dermatology; Preschool child; Infant;

3. ABREVIATURAS E SIGLAS

DA – Dermatite atópica

HLA – Antígeno leucocitário humano

IL – Interleucina

IMC – Índice de Massa Corporal

IPPMG – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

IQR – Intervalo interquartil

LCD – *Liquor carbonis detergens*

MTX – Metotrexato

PASI – *Psoriasis Area and Severity Index*

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Th17 – Linfócitos T helper produtores de interleucina 17

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UVA - Ultravioleta A

UVB - Ultravioleta B

4. SUMÁRIO

1. RESUMO.....	3
2. ABSTRACT.....	3
3. ABREVIATURAS E SIGLAS.....	5
5. INTRODUÇÃO.....	8
6. JUSTIFICATIVA.....	9
7. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
7.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA.....	10
7.2 FISIOPATOLOGIA.....	11
7.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	12
TABELA 1 - Formas clínicas da psoríase.....	13
7.3.1 PSORÍASE EM LACTENTES.....	13
7.3.2 PSORÍASE EM PRÉ-ESCOLARES.....	14
7.3.3 PSORÍASE EM ESCOLARES.....	14
7.3.4 PSORÍASE EM ADOLESCENTES.....	15
7.4 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS.....	15
7.5 COMORBIDADES ASSOCIADAS À PSORÍASE.....	16
7.6 DIAGNÓSTICO.....	17
7.7 ACOMPANHAMENTO E GRAVIDADE DE DOENÇA.....	18
TABELA 2 - Cálculo do escore “Psoriasis Area and Severity Index” (PASI).....	18
7.8 TRATAMENTO.....	20
7.8.1 TRATAMENTO TÓPICO.....	21
7.8.2 TRATAMENTO SISTÊMICO.....	22
7.8.2.1 IMUNOSSUPRESSORES.....	22
7.8.2.2 FOTOTERAPIA.....	23
7.8.2.3 RETINOIDES SISTÊMICOS.....	23
7.8.2.4 IMUNOBIOLÓGICOS.....	23
8. METODOLOGIA.....	24
9. RESULTADOS.....	25
TABELA 3 - Dados demográficos e gerais dos pacientes do estudo.....	25
GRÁFICO 1 - Distribuição dos sexos nos casos analisados do estudo.....	27
GRÁFICO 2 - Gráfico tipo boxplot para idade de início de sintomas da psoríase nos pacientes do estudo.....	27
GRÁFICO 3 - Gráfico tipo boxplot para idade de diagnóstico de psoríase nos pacientes do estudo.....	28
GRÁFICO 4 - Estado nutricional dos pacientes do estudo (aferido na consulta de 2025)... 29	29
FIGURA 1 - Fenótipo clínico da psoríase dos pacientes do estudo (n = 10).....	29
FIGURA 2 - Localização das lesões de psoríase dos pacientes (n = 10).....	30
FIGURAS 3 e 4 - Lesões em placa da psoríase em joelhos e em orelha, respectivamente.....	30
FIGURA 5 - Manifestações musculoesqueléticas presentes em 2025 (n = 10).....	31
GRÁFICO 5 - Distribuição dos tratamentos tópicos utilizados.....	32
GRÁFICO 6 - Distribuição dos tratamentos sistêmicos utilizados.....	32
10. DISCUSSÃO.....	33

11. CONCLUSÃO.....	37
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXO 1: FICHA PADRONIZADA - COLETA DE DADOS.....	42

5. INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença inflamatória, sistêmica e imunomediada que afeta predominantemente a pele. Após a dermatite atópica, é a doença cutânea inflamatória mais comum. A prevalência mundial de psoríase é estimada em 43 milhões de pessoas, cerca de 0,1-1% da população pediátrica [1], com aproximadamente 64% dos casos iniciando na adolescência [2]. Os dados epidemiológicos no Brasil são escassos e variam entre regiões do país, com estimativa de 2,5% da população em revisões sistemáticas [3]. Há um crescente aumento do número de casos mundialmente, e ainda que a prevalência da psoríase seja maior em adultos, a faixa etária pediátrica corresponde ao subgrupo com crescimento mais rápido em número de casos, especialmente em menores de 5 anos [4]. Deste modo, evidencia-se uma mudança progressiva na distribuição epidemiológica da doença e o aumento de sua importância no cenário pediátrico [4].

Trata-se de uma doença crônica e muitas vezes com sintomatologia exuberante, vide que cerca de 19% evolui com doença moderada a grave [5]. Nesse contexto, há um importante impacto negativo, especialmente nas crianças, gerando repercussões escolares, sociais, comportamentais e psicológicas neste grupo. Em revisões sistemáticas, foi identificado que o impacto na qualidade de vida na faixa etária pediátrica pela psoríase é similar ou até mesmo superior a outras doenças crônicas, como por exemplo, a diabetes mellitus e a epilepsia [6].

Quanto à idade de surgimento, em um estudo multicêntrico com aproximadamente 5.600 indivíduos (com idade de 1 a 92 anos), cerca de $\frac{1}{3}$ dos pacientes referem o surgimento dos sintomas da doença antes dos 20 anos de vida, e desses 10% referem o surgimento com menos de 10 anos [1]. Portanto, uma parcela significativa dos pacientes irá experimentar a doença ainda nos seus primeiros anos, evidentemente causando maior impacto a longo prazo na qualidade de vida. Apesar disso, o surgimento de sintomas da doença em crianças, especialmente em menores de 7 anos, ainda representa um importante desafio diagnóstico. Fatores que contribuem para tal fato são a apresentação frequentemente atípica, a idade fora do período mais comum de abertura do quadro e o diagnóstico incorreto, este último justificado pela confusão com outras dermatoses mais comuns da faixa etária - como dermatite atópica, dermatite seborreica, etc [7].

Ainda, até o presente momento existem poucos estudos, sobretudo brasileiros, quanto ao diagnóstico, evolução e características da psoríase em menores de 7 anos. A maior parte das séries clínicas se concentra em adolescentes, faixa etária pediátrica de maior incidência da doença. Portanto, existe uma lacuna quanto à compreensão dos aspectos clínicos e

terapêuticos da doença, especialmente em lactentes e pré-escolares. Diante disso, o presente estudo busca descrever a apresentação e características clínicas de 10 pacientes acompanhados no ambulatório de Dermatologia do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no período de 2015 a 2025.

6. JUSTIFICATIVA

A psoríase na infância, especialmente em lactentes e pré-escolares, representa um desafio diagnóstico significativo devido à sua variabilidade clínica e à possibilidade de mimetizar outras dermatoses comuns na faixa etária. Embora a psoríase seja uma condição relativamente frequente em adultos, sua apresentação precoce ainda é pouco reconhecida, contribuindo para atrasos no diagnóstico e, conseqüentemente, no início do tratamento adequado. Além disso, as manifestações clínicas em lactentes e pré-escolares podem se diferenciar das formas típicas observadas em crianças maiores e adultos, aumentando a dificuldade de identificação pelos profissionais de saúde.

No contexto brasileiro, existe escassez de estudos que descrevam séries de casos focados exclusivamente nessa faixa etária, o que limita o entendimento das peculiaridades clínicas dessa população. A ausência de dados nacionais recentes também dificulta comparações com a literatura internacional e reduz a capacidade de aprimorar protocolos diagnósticos e condutas terapêuticas adequadas à realidade local. Essa escassez de dados torna particularmente relevante a descrição sistematizada de séries clínicas envolvendo a faixa etária.

Diante desse cenário, torna-se essencial realizar um estudo que reúna e analise informações de crianças com psoríase atendidas em um serviço de referência em dermatologia pediátrica. Tal investigação pode contribuir para preencher lacunas existentes, fornecer subsídios para o diagnóstico diferencial de lesões cutâneas nessa faixa etária e sensibilizar profissionais da saúde sobre a importância do reconhecimento precoce da doença. Além disso, o estudo pode favorecer a implementação de estratégias de manejo clínico mais rápidas e eficazes, com impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

7. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

7.1 DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

Os consensos de dermatologia atualmente definem a psoríase como doença inflamatória, sistêmica e imunomediada, cujo principal órgão acometido é a pele, embora também possa envolver unhas e articulações [7]. A prevalência mundial de psoríase é estimada em 43 milhões de pessoas, com cerca de 0,1-1% sendo da faixa etária pediátrica [1], e 64% dos casos iniciando na adolescência. Um estudo inglês por Gelfand et al definiu que a prevalência de psoríase no Reino Unido foi de 0,55% em crianças de 0 a 9 anos e 1,37% no intervalo de 10 a 19 anos [8]. No Consenso Brasileiro de Psoríase de 2020 da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), estimou-se que a prevalência da doença no Brasil seja de cerca de 1,2%, e em subgrupos etários, a ocorrência em menores de 30 anos foi de 1,39%. Ainda, há grande variação de acordo com a região do Brasil, sendo mais frequente nas regiões Sul e Sudeste em relação às outras regiões [9]. Não houve recorte quanto a população pediátrica brasileira, o que é concordante com a escassez de estudos deste grupo na literatura.

Ao longo dos anos, tem-se observado um aumento expressivo nos casos de psoríase mundialmente, sendo a faixa etária pediátrica o subgrupo com aumento mais rápido. Conforme observado por Tollefson et al, a incidência de psoríase em crianças praticamente dobrou de 1970 para 2000, saindo de 29.6/100.000 para 62.7/100.000 casos. Esse acréscimo pode ser explicado principalmente por aumento da capacidade diagnóstica, mas também por fatores ambientais externos, como mudanças no estilo de vida. Estão possivelmente associados: aumento do estresse psicossocial, da prevalência de obesidade e de casos de doenças infecto-contagiosas associadas ao desencadeamento ou piora da psoríase [10].

Em relação a distribuição dos casos entre os sexos na pediatria, parece haver uma predominância do sexo feminino, em contraste com o que é observado em adultos. Dois estudos em específico encontraram 64-67% dos casos sendo do sexo feminino, enquanto que em adultos essa proporção seria de 33-36% [11,12]. Contudo, a dimensão dessa predominância parece ser variável entre pesquisas, ainda necessitando ser melhor explorada. Ainda, a psoríase parece surgir mais precocemente em meninas, quando comparado a idade de início em meninos [10].

Ademais, no que diz respeito ao início dos sintomas, a psoríase na infância parece não possuir uma faixa etária de pico, sendo na verdade linear e progressivamente maior com o avançar da idade, como foi sugerido no estudo de Augustin et al [2]. Os dados na literatura são variados, mas há uma estimativa recorrente de que em aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos casos os sintomas surgem ainda na infância, podendo ainda evoluir com cronicidade para o resto da

vida. O surgimento precoce implica um maior número de anos convivendo com a doença, frequentemente crônica, o que amplifica o impacto sobre a qualidade de vida. Em crianças, esse impacto é particularmente relevante, afetando aspectos psicossociais, educacionais e emocionais. O absenteísmo escolar durante os períodos de piora clínica, por exemplo, é frequentemente relatado [13].

7.2 FISIOPATOLOGIA

Considerando a limitação de estudos voltados aos mais jovens, torna-se ainda mais importante compreender os fundamentos biológicos que determinam o início precoce e a expressão clínica da psoríase. O desenvolvimento da psoríase envolve uma interação complexa entre fatores ambientais e a predisposição genética do indivíduo. Do ponto de vista fisiopatológico atualmente proposto, a produção anormal de mediadores inflamatórios exerce um papel central no surgimento da psoríase. O modelo mais aceito destaca o eixo interleucina (IL) 23/Th17. Neste, o subtipo de linfócitos T helper produtores de IL-17 (Th17) — caracterizado pela produção de citocinas como IL-17A, IL-17F e IL-22 — atuam como principais efetoras da resposta inflamatória cutânea. A IL-23, produzida principalmente por células dendríticas ativadas, promove a expansão, manutenção e ativação das células Th17. A ação dessas citocinas sobre queratinócitos leva à hiperproliferação epidérmica, perda da barreira cutânea e perpetuação do processo inflamatório característico da psoríase [14].

Especificamente no surgimento precoce da doença, já existem documentados genes envolvidos nessa expressão, como o antígeno leucocitário humano (HLA) tipo Cw6 (PSOR1). Dentre as formas familiares da psoríase, já foram descritas mutações, entre elas a do gene CARD14.⁷ A história familiar positiva é um achado relativamente frequente, vide estudos multicêntricos que observam esse achado em 30 a 48% dos casos [15, 16]. Portanto, diante da suspeita diagnóstica, um histórico familiar positivo é relevante e pode corroborar com a hipótese de psoríase na infância.

Como mencionado previamente, a psoríase não se explica somente por base genética. Fatores ambientais são frequentemente observados como gatilhos, como o surgimento de lesões de psoríase em locais de trauma cutâneo prévio (denominado como Fenômeno de Koebner). Ainda, pode ocorrer a abertura de um quadro de psoríase após um evento infeccioso, descrição importante dentro da faixa etária pediátrica. Infecções como a estreptocócica (mais comumente descrita), estafilocócica e varicela zoster podem desencadear surgimento de lesões de psoríase. Ainda, a Doença de Kawasaki, alguns fármacos, estresse

físico ou mental também são causas para início e/ou piora da doença. Especificamente na população pediátrica, trauma e estresse são conhecidos como precipitadores de psoríase. Ainda, nesta faixa etária há um destaque para as infecções causadas pelo estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, como as faringites estreptocócicas, que podem iniciar e exacerbar os sintomas da psoríase, especialmente em sua forma gutata [17, 18, 19].

7.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Quanto às manifestações clínicas, a psoríase pode se manifestar por diferentes padrões de lesão cutânea, e ainda, ungueal e/ou articular. Embora não seja incomum a coexistência de múltiplas morfologias em um mesmo paciente, algumas características são compartilhadas, como espessamento da pele, descamação e eritema. Do ponto de vista morfológico, as formas de manifestação clínica da psoríase geralmente são agrupadas em dois grandes grupos: psoríase pustulosa e psoríase não pustulosa.

O conjunto da psoríase não pustulosa reúne os subtipos mais frequentes, incluindo a psoríase vulgar (em placas - 90% dos casos), gutata, eritrodérmica, palmoplantar, psoríase ungueal e invertida. Já as formas pustulosas compreendem a psoríase pustulosa generalizada (tipo von Zumbusch), impetigo herpetiforme e as formas localizadas, como a psoríase palmoplantar pustulosa (tipo Barber) e acrodermatite contínua de Hallopeau [20] (TABELA 1). Embora essa seja a classificação universal, alguns desses subtipos apresentam particularidades na infância, tanto em prevalência quanto em forma de apresentação, o que reforça a importância de compreender as manifestações típicas na faixa etária pediátrica.

Assim, o diagnóstico clínico de psoríase na infância pode ser particularmente desafiador. Há frequente confusão com diagnósticos como dermatite atópica, dermatite seborreica, dermatite das fraldas, dermatite de contato e pitíriase rósea, por exemplo, uma vez que as lesões elementares podem se assemelhar. O desafio diagnóstico é ainda maior em lactentes e pré-escolares, faixas etárias em que a psoríase é menos frequentemente considerada dentre os diagnósticos diferenciais.

Ainda que os subtipos sejam similares, a distribuição, morfologia das lesões e sintomas clínicos são bastante variáveis de acordo com o grupo etário. Entre as apresentações clínicas na infância, a psoríase em placas permanece como a variante predominante, representando cerca de 73,7% dos casos. Na sequência, surgem a forma gutata (13,7%), o acometimento isolado do couro cabeludo (7,6%) e, mais raramente, a psoríase pustulosa (1,1%) [10].

TABELA 1 - Formas clínicas da psoríase

FORMA DA PSORÍASE	SUBTIPOS	
Não-pustulosa	Vulgar (em placas)	
	Gutata	
	Eritrodérmica	
	Palmoplantar	
	Inversa/invertida	
	Artrite psoriásica	
	Ungueal	
Pustulosa	Pustulosa generalizada (von Zumbusch)	
	Impetigo herpetiforme	
	Localizadas	Palmoplantar pustulosa (tipo Barber)
		Acrodermatite contínua de Hallopeau

Fonte: elaboração própria, com base na literatura científica consultada, 2025.

7.3.1 PSORÍASE EM LACTENTES

Em lactentes, a manifestação mais frequente costuma ser erupção eritematosa persistente, especialmente na região genital, sendo refratária ao tratamento da dermatite irritativa primária da região das fraldas. A psoríase na região das fraldas é caracterizada por placas bem delimitadas, pouco espessas, que acometem preferencialmente as dobras inguinais. Por conta da umidade local, as lesões podem ser maceradas e geralmente não apresentam descamação [21]. Ainda, a ausência de lesões satélites colabora na diferenciação

com a dermatite fúngica. Clinicamente, observa-se que as lesões da psoríase em região de fraldas tendem a melhorar com o controle esfinteriano e o desfralde, o que sugere que o atrito, umidade e microtraumas causados pelas fraldas como possíveis perpetuadores das lesões nessa faixa etária [22].

Por outro lado, o couro cabeludo também pode estar acometido, com o surgimento de placas eritematodescamativas. Essa forma representa um desafio diagnóstico por mimetizar fortemente a dermatite seborreica infantil, por vezes inclusive com sobreposição desses diagnósticos [22]. Alguns achados sutis podem auxiliar na diferenciação dessas doenças, como a descamação com limites mais precisos, além de escamas mais espessas e mais aderidas ao couro cabeludo na psoríase.

7.3.2 PSORÍASE EM PRÉ-ESCOLARES

Já em pré-escolares, surgem as clássicas placas eritematosas com descamação prateada, porém com escamas menores e mais finas, em comparação com as lesões da forma adulta da psoríase. Os locais mais comuns de acometimento são face, couro cabeludo e dobras flexoras, diferentemente da manifestação clássica da forma adulta, que predomina nas áreas extensoras. Esse padrão de acometimento flexor é conhecido como psoríase invertida. Apesar da predileção por algumas áreas, sendo o couro cabeludo a mais frequente, as lesões de psoríase nesta faixa etária podem acometer qualquer parte do corpo, e tendem a seguir um padrão de distribuição simétrica. Em alguns casos, o prurido pode ser mais proeminente do que na forma adulta, contribuindo para dificuldade diagnóstica, a depender da localização, confundida com dermatite atópica. Ademais, o acometimento facial é bem mais prevalente em crianças do que em adultos e pode ser uma pista diagnóstica importante [7].

7.3.3 PSORÍASE EM ESCOLARES

Com o avanço da idade, especificamente em escolares, a psoríase frequentemente acomete a região periauricular, além de pálpebras superiores (com difícil diferenciação clínica da dermatite de contato) e envolvimento das unhas. A psoríase ungueal pode se apresentar com *pittings* (sulcos puntiformes na placa ungueal), onicólise, onicodistrofia, hiperqueratose subungueal e hemorragias subungueais. A presença de lesões ungueais podem ocorrer em até 40% das crianças, seja precedendo, concomitante ou após o surgimento das lesões cutâneas da

psoríase [23]. Diante de achados cutâneos inespecíficos ou pouco esclarecedores, o achado de alterações ungueais deve auxiliar na inclusão da psoríase como hipótese diagnóstica.

Como previamente mencionado, a psoríase gutata é a segunda forma mais frequente na infância, particularmente comum entre os escolares. Em um estudo multicêntrico com 181 crianças portadoras de psoríase, aproximadamente 30% apresentava um histórico da forma gutata [8]. Essa forma da doença tem curso agudo, com surgimento das lesões cutâneas cerca de duas semanas após um insulto infeccioso. Os agentes mais comumente envolvidos são o estreptococos β -hemolíticos e diferentes vírus. Vale ressaltar que a correlação com essa faixa etária pode ser explicada pela maior frequência dessas infecções, especialmente a faringite estreptocócica. As alterações cutâneas são caracterizadas por pequenas pápulas eritemato-descamativas, tipicamente de 2 a 10mm de diâmetro, distribuídas predominantemente no tronco e raízes dos membros. O curso da psoríase gutata é variável: em até metade dos pacientes é autolimitado, com resolução dentro de 3 a 4 meses a partir de seu início. Alguns pacientes podem evoluir com recorrência, e em cerca de 40 a 50% dos casos, pode persistir e evoluir para a forma de psoríase vulgar crônica [24].

Por outro lado, a psoríase pustulosa é a manifestação menos frequente em escolares, com surgimento de pústulas estéreis localizadas ou generalizadas, podendo haver concomitância de sintomas como mal-estar, febre e artralgia. O acometimento sistêmico é mais frequente na forma generalizada, conhecida como tipo von Zumbusch, e se trata de uma emergência dermatológica. Já a forma eritrodérmica da psoríase é extremamente rara na infância, porém de evolução grave, com eritema difuso acometendo acima de 90% da superfície corporal e possível evolução para óbito na ausência de tratamento de suporte adequado [7, 19].

7.3.4 PSORÍASE EM ADOLESCENTES

Já na faixa etária dos adolescentes, os achados clínicos passam a se assemelhar à fase adulta. Até 75% dos pacientes apresenta a forma da psoríase vulgar, com placas eritematodescamativas com escamas prateadas aderidas, tipicamente em couro cabeludo e faces extensoras, como cotovelos e joelhos [21].

7.4 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Em relação aos diagnósticos diferenciais de psoríase na infância, temos principalmente as doenças causadoras de eczema, placas eritematosas e/ou descamativas. Entre elas, encontram-se a dermatite atópica, pitíriase rósea, pitíriase liquenoide crônica, pitíriase rubra pilar, dermatite de contato, dermatite de fraldas, líquen plano, líquen escleroso, entre outros. Pela sua maior prevalência e curso crônico, vale ressaltar, em especial, a diferenciação clínica de dermatite atópica (DA) em comparação à psoríase. A DA é uma doença cutânea, inflamatória e crônica, mais prevalente na população pediátrica do que a psoríase. É caracterizada principalmente por xerodermia, prurido e eczema. Quanto à distribuição das lesões, nos lactentes comumente acomete a face (região malar), couro cabeludo e faces extensoras, e costuma poupar a região das fraldas. Por outro lado, conforme já mencionado, a psoríase nos lactentes tem predileção pela região genital e também pelo couro cabeludo. Já nas crianças mais velhas, a partir da faixa pré-escolar, a DA localiza principalmente em faces flexoras dos membros, área cervical, punhos e tornozelos. Já a psoríase, com o avançar da idade, tenderá a se concentrar nas faces extensoras (exceto na forma invertida), além de couro cabeludo e área anogenital [8].

No caso de acometimento localizado, como em couro cabeludo, a diferenciação diagnóstica pode ser difícil. Nesses casos, atentar-se às características básicas das lesões pode auxiliar o examinador. Enquanto a DA é marcada por pápulas e placas eritematosas, bastante pruriginosas, muitas vezes liquenificadas e pouco delimitadas, a psoríase apresenta placas eritematosas com descamação mais proeminente e um pouco mais espessa, além de lesões melhor delimitadas e menos pruriginosas [8]. Investigar o histórico familiar também é relevante, uma vez que para ambas as doenças há um fator hereditário significativo. Achados clínicos sobrepostos, entretanto, não são incomuns, e essa diferenciação pode ser desafiadora para o não-especialista.

7.5 COMORBIDADES ASSOCIADAS À PSORÍASE

A ocorrência de psoríase na infância muitas vezes vem acompanhada de comorbidades. Há maior prevalência de doenças como artrite psoriásica juvenil e transtornos psiquiátricos, além de distúrbios metabólicos como diabetes mellitus, hipertensão e obesidade. A artrite psoriásica é uma comorbidade frequente em crianças portadoras de psoríase, ocorrendo em cerca de 1 a 10% dos casos [24]. Tipicamente, ocorre em crianças mais próximas da adolescência, com pico de início entre 9 a 12 anos [21]. Na doença, há destruição progressiva articular e óssea, podendo gerar dano articular severo e irreversível.

Enquanto fatores de risco para artrite psoriásica já são bem estabelecidos em adultos, como doença grave, obesidade, tabagismo, hipercolesterolemia e depressão, ainda há lacunas importantes quanto aos determinantes dessa evolução na infância [24]. Dada a elevada prevalência e o potencial de gravidade da artrite psoriásica, recomenda-se que, no momento do diagnóstico e durante todo o seguimento dos pacientes com psoríase, seja realizada investigação ativa do acometimento articular.

Encontra-se em pesquisa a associação entre acometimento ungueal e artrite psoriásica, fato já documentado em estudos com adultos, e que parece também estar estabelecido na faixa etária pediátrica. Em um estudo com 80 crianças, Abdella et al encontrou a ocorrência de psoríase ungueal e o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado como fatores de risco para artrite psoriásica [24]. Estudos de maior porte ainda são necessários para confirmar essa associação em larga escala.

Como já mencionado, a obesidade parece desempenhar papel relevante tanto na psoríase quanto em suas complicações. Embora a relação causa-efeito ainda não esteja bem estabelecida, múltiplos estudos apontam o IMC elevado como fator de risco comum entre crianças com psoríase [24]. Em uma pesquisa multicêntrica com 409 pacientes, houve um risco de 4,29 vezes maior da ocorrência de obesidade em crianças com psoríase, em comparação àquelas sem a doença [25].

7.6 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da psoríase na infância, apesar de desafiador, será na maioria das vezes clínico. Além das características previamente mencionadas das lesões, alguns achados como sangramento pontual ao raspar ou remover escamas, conhecido como sinal de Auspitz (ou do orvalho sangrante), podem auxiliar na confirmação da hipótese. A abertura de lesões em locais de traumatismo prévio (Fenômeno de Koebner, já mencionado), o acometimento ungueal, em face, o padrão invertido e o acometimento da área de fraldas deve levantar a suspeição diagnóstica. Além disso, a refratariedade aos tratamentos para outras dermatoses mais comuns também deve ser um sinal de alerta para a doença [23].

A dermatoscopia pode auxiliar no diagnóstico com a observação de achados característicos das lesões. As placas clássicas apresentam vasos puntiformes distribuídos em base eritematosa, com as escamas prateadas difusas sobrepostas [21].

Ainda que o diagnóstico seja majoritariamente clínico, a biópsia da pele pode auxiliar em casos desafiadores, quando há dúvida diagnóstica. É válido reforçar que, caso seja optado

pela biópsia, deve-se interromper as terapias tópicas vigentes para evitar resultados não conclusivos. Do ponto de vista histopatológico, a psoríase apresenta um conjunto bastante característico de alterações. Ocorre o espessamento da epiderme por aumento de células da camada espinhosa, conhecido como acantose. Como a maturação das células epidérmicas está acelerada pela produção aumentada de citocinas na inflamação crônica, surge a paraceratose (presença de núcleos na camada córnea). As papilas dérmicas passam a ser longas, com aspecto edemaciado. Com a remoção das camadas superficiais da pele, há a exposição das papilas dérmicas, ricamente vascularizadas, o que justifica o achado do sinal de Auspitz. Na epiderme, são frequentes os pequenos agregados de neutrófilos na camada córnea, chamados de micro-abscessos de Munro [26]. Esses achados, em conjunto, ajudam a diferenciar a psoríase de outras dermatoses descamativas e refletem o processo inflamatório crônico acelerado que caracteriza a doença.

7.7 ACOMPANHAMENTO E GRAVIDADE DE DOENÇA

No momento do diagnóstico e do seguimento da psoríase, é essencial o uso de escalas para objetivar a gravidade da doença e a resposta ao tratamento. Um dos instrumentos padronizados frequentemente utilizados por dermatologistas é o *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) (TABELA 2), que afere a intensidade das lesões e a sua distribuição, sendo amplamente usado para acompanhamento da doença e em estudos de psoríase. O escore é calculado a partir da análise independente do acometimento de quatro áreas corporais, sendo elas: cabeça, tronco, membros superiores e inferiores. Nelas, avaliam-se três características clínicas fundamentais: graus de eritema, do espessamento cutâneo e da descamação. Cada parâmetro recebe uma pontuação, sendo posteriormente ponderada pela porcentagem da área acometida. A soma final resultará em um valor entre 0 e 72, refletindo o grau da doença, de modo que conforme maior for a pontuação, maior será a gravidade. Em geral, classificam-se psoríase leve quando o PASI menor ou igual a 10, e moderada a grave quando maior que 10 [27].

TABELA 2 - Cálculo do escore “*Psoriasis Area and Severity Index*” (PASI)

Segmento corporal	Peso (%)	Gravidade e parâmetros (0-4)	Extensão (0-6)	Cálculo parcial

Cabeça	10% (0,1)	Eritema (E), Infiltração (I), Descamação (D) 0 = ausente 1 = leve 2 = moderado 3 = grave 4 = muito grave	0=<0%; 1=<10%; 2=10–29%; 3=30–49%; 4=50–69%; 5=70–89%; 6=90–100%	$(E+I+D) \times \text{Ext} \times 0,1$
Tronco	30% (0,3)	Eritema (E), Infiltração (I), Descamação (D) 0 = ausente 1 = leve 2 = moderado 3 = grave 4 = muito grave	0=<0%; 1=<10%; 2=10–29%; 3=30–49%; 4=50–69%; 5=70–89%; 6=90–100%	$(E+I+D) \times \text{Ext} \times 0,3$
Membros superiores	20% (0,2)	Eritema (E), Infiltração (I), Descamação (D) 0 = ausente 1 = leve 2 = moderado 3 = grave 4 = muito grave	0=<0%; 1=<10%; 2=10–29%; 3=30–49%; 4=50–69%; 5=70–89%; 6=90–100%	$(E+I+D) \times \text{Ext} \times 0,2$
Membros	40% (0,4)	Eritema (E),	0=<0%;	$(E+I+D) \times \text{Ext}$

inferiores		Infiltração (I), Descamação (D) 0 = ausente 1 = leve 2 = moderado 3 = grave 4 = muito grave	1=<10%; 2=10–29%; 3=30–49%; 4=50–69%; 5=70–89%; 6=90–100%	× 0,4
------------	--	--	--	-------

$$\text{PASI} = \Sigma [(\text{Eritema} + \text{Infiltração} + \text{Descamação}) \times \text{Extensão} \times \text{Peso da região}]$$

Fonte: adaptado de Puig, Carrascosa e Bello (2014) [28].

7.8 TRATAMENTO

Em relação ao tratamento, várias são as medidas que devem ser tomadas para garantir um bom controle de sintomas. O aconselhamento do paciente e da família quanto ao curso crônico e recidivante da doença permite o ajuste de expectativas, além da criação de vínculo e tomada de decisões compartilhadas no projeto terapêutico, garantindo uma maior adesão ao tratamento. Os cuidadores devem ser corretos e continuamente instruídos sobre as diferentes opções terapêuticas, seus riscos (principalmente diante do seu uso indevido) e os objetivos das medidas adotadas.

Os hidratantes tópicos são essenciais como base do tratamento da psoríase na população pediátrica, sendo recomendado seu uso regular em praticamente todos os pacientes. Os agentes emolientes agem sobre a restauração da barreira cutânea, reduzindo a perda transepidérmica de água, auxiliando a manter o conforto do paciente, com melhora da aparência da pele acometida, redução do prurido e da descamação. Além disso, potencializa a eficácia de terapias tópicas associadas abaixo mencionadas [29].

Em relação ao manejo farmacológico, a terapia de escolha deve ser ponderada de acordo com a extensão/gravidade da doença, com quantificação da superfície corporal acometida, por exemplo. Para a maioria dos pacientes, que evoluem com lesões pequenas e localizadas, a terapia tópica será a de escolha. Por outro lado, em casos de doença muito grave, extensa, refratária, com dificuldade de adesão ao tratamento tópico ou com artrite psoriásica associada, as opções terapêuticas sistêmicas poderão ser consideradas. É

importante ressaltar que em crianças menores de 4 anos, a segurança do tratamento sistêmico ainda não está bem documentada na literatura, motivo pelo qual o tratamento tópico costuma ser o de escolha nesta faixa etária. [30]

7.8.1 TRATAMENTO TÓPICO

O uso de corticosteroides tópicos é considerado como primeira linha no tratamento da psoríase, em todas as idades. A escolha do veículo e da potência do corticoide utilizado depende especialmente do segmento corporal acometido, devido a variação da espessura da pele e dos graus de sua oclusão. O uso de corticoides tópicos na doença é bem estabelecido em adultos, também sendo observada boa tolerância em estudos na pediatria e amplamente na experiência clínica.

O corticoide tem efeito anti-inflamatório, imunossupressor e propriedade anti-proliferativa, motivo pelo qual cursa com controle dos sintomas, o que ocorre em até 72,7% dos casos na pediatria, conforme observado por Kravvas e Gholam, 2018 [29]. Os efeitos colaterais da corticoterapia tópica mais comuns são atrofia cutânea, dificuldade de cicatrização, despigmentação, exacerbação de infecções e rosácea. Tipicamente, recomenda-se o uso de duas a três aplicações ao dia, durante as exacerbações das lesões, a depender do corticoide de escolha.

Por outro lado, regiões com menor espessura como face, genitália e dobras podem apresentar atrofia cutânea mais frequentemente com o uso de corticoides tópicos. Por este motivo, o uso de inibidores de calcineurina, como o tacrolimus tópico (na concentração de 0,03 e 0,1%), é priorizado quando as lesões se localizam nestas áreas. Os efeitos colaterais mais frequentes dessa medicação correspondem ao prurido e eritema [23].

Ainda em agentes tópicos, os queratolíticos, como ácido salicílico em baixas concentrações, frequentemente são necessários como adjuvantes no tratamento do paciente com fenótipo de placas espessas, com hiperkeratose. Seu uso deve ser cauteloso, devido ao risco de absorção sistêmica, que é maior quanto menor for a idade da criança, sendo de maneira geral contraindicado em lactentes. Quando adequadamente indicados, tais agentes facilitam a remoção de escamas e promovem melhor penetração de outras terapias tópicas, como os corticoides. Alternativas como o creme de ureia a 10–20% mostram perfil de segurança mais favorável em crianças menores, mantendo boa eficácia clínica [29, 30].

O alcatrão mineral (*Liquor Carbonis Detergens* - LCD) permanece como uma opção terapêutica, tendo propriedades antiproliferativas e anti-inflamatórias, sendo particularmente

útil no envolvimento do couro cabeludo e em lesões de difícil controle. Apesar do declínio de seu uso em razão do odor característico, possibilidade de irritação e disponibilidade de tratamentos mais modernos, o LCD permanece como opção terapêutica segura quando bem indicada e utilizada, com vantagem de ter um baixo custo [30].

Ainda, outra opção terapêutica corresponde aos análogos de vitamina D tópicos, como o calcitriol e o calcipotriol. Sendo tipicamente aplicado na pele duas vezes ao dia, o início de sua ação é mais lento, de seis a oito semanas, motivo pelo qual costuma ser associado a um corticoide tópico e/ou ser usado em fases de manutenção. Entretanto, é válido ressaltar que estudos randomizados são limitados para menores de 12 anos em uso de análogos de vitamina D tópicos [23, 31].

7.8.2 TRATAMENTO SISTÊMICO

Nos casos em que o tratamento tópico não é possível como tratamento de escolha, há a possibilidade do uso de drogas sistêmicas. Correspondem a esses casos: doença extensa e/ou grave, além da associação com artrite psoriásica. As principais opções terapêuticas para esses pacientes são imunossupressores, fototerapia, retinoides sistêmicos e imunobiológicos [31].

7.8.2.1 IMUNOSSUPRESSORES

Os principais imunossupressores utilizados na faixa etária pediátrica para tratamento da psoríase são o metotrexato (MTX) e a ciclosporina.

O MTX é considerado a droga sistêmica de primeira linha diante de doença moderada a severa, principalmente em pacientes com a manifestação em placas, podendo ser administrado por via oral ou via subcutânea [32]. Os principais efeitos colaterais do MTX são mielotoxicidade e hepatotoxicidade (justificando o uso adjuvante de ácido fólico), além do próprio status de imunossupressão, com aumento do risco de infecções e necessidade de monitorização com hemograma e hepatograma periódicos durante o seu uso [23].

Como alternativa ao metotrexato, a ciclosporina corresponde a um imunossupressor que inibe a IL-2 e a ação de linfócitos T, também resultando em melhora do quadro clínico de psoríase. Pode ser utilizada nos casos graves, mas também em ciclos terapêuticos curtos durante crises de sintomas. Ainda, a associação com tratamentos tópicos é recomendada, para reduzir a dose necessária e os efeitos colaterais da droga, como hipertensão, injúria renal e aumento do risco e da gravidade de infecções.

7.8.2.2 FOTOTERAPIA

O uso da fototerapia é bem estudado na pediatria como tratamento da psoríase, sendo uma boa opção quando há acometimento extenso (>15-20% da superfície corporal) e/ou pacientes com contraindicação ao tratamento farmacológico sistêmico. Existem 3 principais modalidades: UVB de bandas largas, UVB de bandas estreitas e UVA, que diferem entre si conforme o comprimento de onda da luz emitida. Nessa forma de tratamento, ocorre a inibição da síntese de DNA e da proliferação de queratinócitos, além de causar apoptose de linfócitos T e estimular a síntese de mediadores anti-inflamatórios [30]. Especificamente o uso de radiação ultravioleta B de ondas curtas parece ser bem tolerado, cursando com menos eritrodermia (sendo este o principal efeito colateral). Ainda, mostrou-se eficaz nos casos de resposta insuficiente ao tratamento tópico, especialmente nos casos de psoríase em placa ou gutata, sendo atualmente considerada a primeira linha dentre as opções de fototerapia [23, 31]. Vale ressaltar que devido à necessidade de múltiplas sessões combinado ao possível desconforto no uso das câmaras, o emprego da fototerapia em pacientes pediátricos pode ser desafiador [23, 32].

7.8.2.3 RETINOIDES SISTÊMICOS

Retinoides sistêmicos como a acitretina também são uma alternativa terapêutica para pacientes elegíveis ao tratamento sistêmico. O seu mecanismo de ação envolve a normalização da evolução dos queratinócitos na epiderme e redução da sua proliferação. O uso pediátrico é muito limitado e pouco frequente, pois requer monitorização e seguimento rigorosos, com risco de efeitos colaterais leves a graves, como xerose, dislipidemia e hepatotoxicidade, além de sua teratogenicidade. Quando bem indicada, a acitretina pode proporcionar controle clínico e reduzir a necessidade de terapias de maior custo e complexidade, como os imunobiológicos [33].

7.8.2.4 IMUNOBIOLÓGICOS

Enquanto os agentes imunossupressores tradicionais atuam de forma ampla sobre o sistema imune, com menor seletividade e maior risco de toxicidades cumulativas, os imunobiológicos agem em pontos específicos das vias imunológicas centrais da psoríase, proporcionando maior precisão terapêutica. Correspondem ao tratamento de escolha em

crianças que não toleram ou não respondem adequadamente aos tratamentos sistêmicos tradicionais. No Brasil, diversos agentes biológicos estão registrados e disponíveis para uso na psoríase, incluindo inibidores de TNF- α (como Etanercepte, o principal imunobiológico aprovado para uso na doença; Infliximabe e Adalimumabe), além de anti-IL-12/23 (Ustequinumabe) e anti-IL-17 (Secuquinumabe) [28]. Especificamente na faixa etária pediátrica, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de psoríase do Ministério da Saúde recomenda o uso do Etanercepte como imunobiológico de escolha, quando indicado, na faixa etária pediátrica (6 a 18 anos) [31].

Essas drogas, quando comparadas aos fármacos imunossupressores, apresentam taxas superiores de sucesso terapêutico sustentado, especialmente nos casos moderados a graves refratários às terapias convencionais. Por exemplo, um ensaio randomizado mostrou melhora significativa do escore PASI em 58% dos pacientes tratados com adalimumabe *versus* 32% com metotrexato aos 16 semanas [34]. O principal ponto desfavorável desses fármacos corresponde ao seu custo elevado, tornando muitas vezes seu uso dificultado, especialmente quando indisponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).

8. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, do tipo série de casos, realizado a partir da revisão de prontuários físicos e eletrônicos (sistemas MVSoul e AGHUX). Foram incluídos 10 pacientes menores de 7 anos com diagnóstico de psoríase entre janeiro de 2015 a agosto de 2025, que tiveram pelo menos um atendimento no ano de 2025 no ambulatório de Dermatologia Pediátrica do IPPMG-UFRJ. Estes foram pré-selecionados a partir da base de dados do ambulatório de Dermatologia Pediátrica, que reúne informações de pacientes com seguimento ativo por psoríase. Embora outros pacientes atendidos no ambulatório pudessem preencher os critérios de inclusão, apenas aqueles com seguimento ativo no ano de 2025 no serviço foram identificados para análise, por se tratarem do conjunto mais acessível e com dados de prontuário mais completos. A seleção dos participantes ocorreu de forma não intencional, tratando-se de uma amostra de conveniência. Não houve qualquer critério subjetivo na escolha dos casos, sendo incluídos todos aqueles presentes na base consultada que atendiam aos critérios pré-estabelecidos.

Foram excluídos pacientes portadores de psoríase com 7 anos ou mais, aqueles sem acompanhamento ativo no período de janeiro a agosto de 2025 e todos que ao longo do seguimento tiveram o diagnóstico de psoríase descartado.

Os dados individuais terão garantia de sigilo, protegidos e anonimizados. Por se tratar de um estudo retrospectivo baseado exclusivamente na análise de registros clínicos já existentes, sem qualquer contato direto com os pacientes e sem implicar intervenções diagnósticas ou terapêuticas adicionais, não foi necessária a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das famílias e pacientes. Todas as informações foram utilizadas de forma confidencial e apenas para fins de pesquisa, respeitando-se os princípios éticos de privacidade dos dados.

Os dados clínicos e demográficos dos pacientes foram analisados a partir da coleta de dados em ficha padronizada (ANEXO 1). Esses dados foram armazenados em uma planilha Excel modelo Microsoft 365 online para estudo e organização das variáveis. A análise estatística foi realizada pelo Excel 2021 (Microsoft). As variáveis contínuas foram descritas por mediana e intervalo interquartil (IQR), em função da pequena amostra e da ausência de distribuição normal esperada. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas.

9. RESULTADOS

Primeiramente, foram analisados o perfil de características demográficas e gerais dos pacientes, conforme exibido a seguir (TABELA 4).

TABELA 3 - Dados demográficos e gerais dos pacientes do estudo

Paciente	Sexo (M = masculino, F = feminino)	Início dos sintomas (anos)	Idade ao diagnóstico (anos)	Comorbidades presentes no seguimento	Estado nutricional em 2025 (cálculo pelo IMC)
1	M	4	6	Dermatite seborreica; oligoartrite autolimitada (artrite reativa);	Obesidade

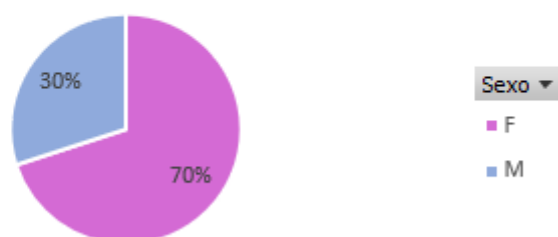
2	M	6	6	Comunicação interatrial	Eutrófico
3	F	2	2	TDAH; TEA	Eutrófico
4	F	4	6	Sem comorbidades	Sobrepeso
5	F	3	4	Prurigo estrófulo	Eutrófico
6	F	6	6	Otite de repetição; baixo peso; baixa estatura	Eutrófico
7	F	6	6	Síndrome de Down; asma; mosaicismo pigmentar	Eutrófico
8	M	4	6	Sem comorbidades	Eutrófico
9	F	4	4	Sem comorbidades	Eutrófico
10	F	3	4	Sem comorbidades	Eutrófico

Fonte: elaboração própria, 2025.

GRÁFICO 1 - Distribuição dos sexos nos casos analisados do estudo

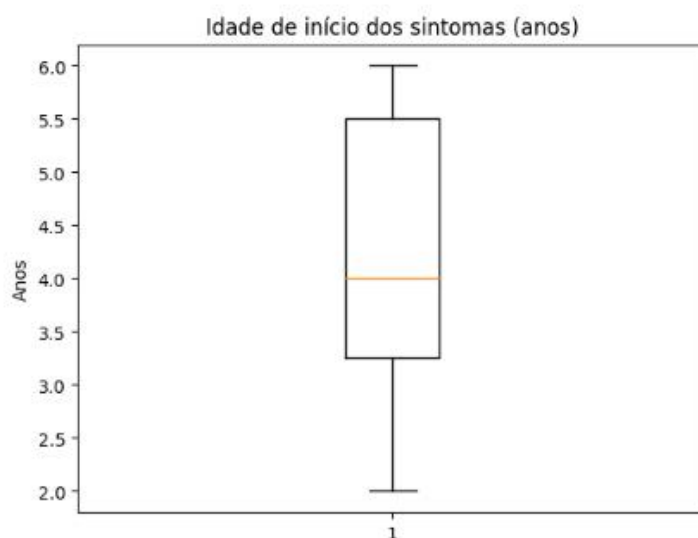
Soma de Contagem

Distribuição de sexos



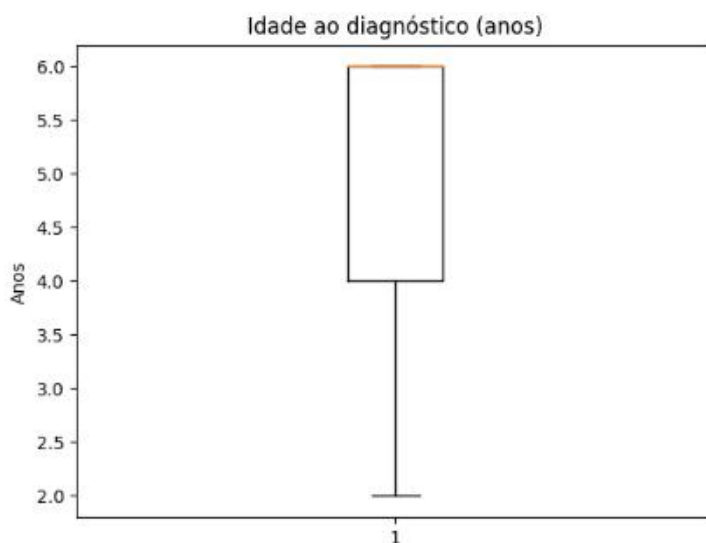
Fonte: elaboração própria, 2025.

Dentre os 10 casos analisados, 7 pacientes se tratavam do sexo feminino e 3 do sexo masculino, conforme ilustrado em gráfico acima (GRÁFICO 1). A idade de início de sintomas variou de 2 a 6 anos, com mediana de 4 anos e intervalo interquartil de 3-6 anos (GRÁFICO 2). Já a idade ao diagnóstico variou de 2 a 6 anos de idade, com mediana de 6 anos e IQR 4–6 anos (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 2 - Gráfico tipo boxplot para idade de início de sintomas da psoríase nos pacientes do estudo

Fonte: Elaboração própria, 2025.

GRÁFICO 3 - Gráfico tipo boxplot para idade de diagnóstico de psoríase nos pacientes do estudo

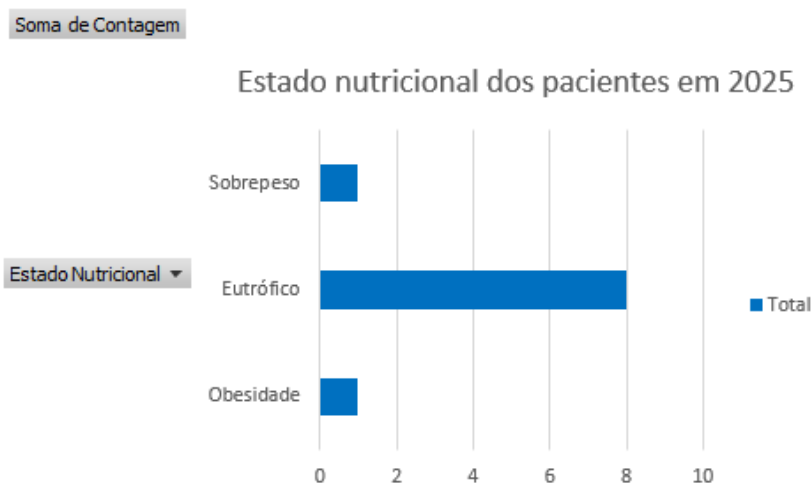


Fonte: elaboração própria, 2025.

Em relação às comorbidades, 60% dos pacientes apresentavam algum diagnóstico além da psoríase. Dentre as doenças, encontram-se condições dermatológicas, neurológicas, respiratórias, infecciosas e genéticas, conforme detalhado na tabela 4. Vale ressaltar que 3 dos 10 pacientes apresentavam também diagnóstico de outra dermatose associada.

Ainda, 20% dos pacientes apresentavam na consulta de 2025 estado nutricional compatível com sobrepeso (1 paciente) ou obesidade (1 paciente), enquanto que 80% possuía IMC como eutrófico (GRÁFICO 4). Por outro lado, não foi possível avaliar o estado nutricional ao momento do diagnóstico, uma vez que os dados antropométricos (peso e estatura) referentes às primeiras consultas não estavam consistentemente registrados nos prontuários.

GRÁFICO 4 - Estado nutricional dos pacientes do estudo (aferido na consulta de 2025)



Fonte: elaboração própria, 2025.

Quanto às diferentes manifestações e fenótipos da psoríase, houve predominância da forma em placas, ocorrendo em 90% dos casos analisados, conforme observado abaixo (FIGURA 1). Já em relação a distribuição das lesões, os sítios mais comumente acometidos foram membros, palmas/plantas e ungueal, sendo esse último o mais prevalente, com ocorrência em 80% dos casos (FIGURA 6).

FIGURA 1 - Fenótipo clínico da psoríase dos pacientes do estudo (n = 10)

Fenótipo clínico	n (%)
Psoríase em placas	9 (90%)
Psoríase gutata	1 (10%)
Psoríase eritrodérmica	1 (10%)
Psoríase folicular	1 (10%)

Fonte: elaboração própria, 2025.

FIGURA 2 - Localização das lesões de psoríase dos pacientes (n = 10)

Localização	n (%)
Couro cabeludo	3 (30%)
Face e/ou pescoço	3 (30%)
Tronco	3 (30%)
Membros superiores	5 (50%)
Membros inferiores	7 (70%)
Palmas e/ou plantas	6 (60%)
Flexuras	1 (10%)
Comprometimento ungueal	8 (80%)

Fonte: elaboração própria, 2025.

FIGURAS 3 e 4 - Lesões em placa da psoríase em joelhos e em orelha, respectivamente.

Fonte: Acervo da Dermatologia Pediátrica do IPPMG - UFRJ.

Na maioria dos casos (90%) não foi possível identificar algum fator como gatilho para surgimento das lesões. Entretanto, especificamente em 1 paciente com a forma gutata da doença, havia em prontuário o registro de atendimentos prévios no serviço de Emergência do IPPMG com diagnóstico presumido de amigdalites bacterianas (sem confirmação de agente).

A gravidade da psoríase foi avaliada em 2025 por meio do escore *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), utilizando faixas de pontuação para o agrupamento dos pacientes. Ressalta-se que, no momento dessa avaliação, todos os pacientes já se encontravam em acompanhamento e em uso de algum tipo de tratamento. Observou-se que 90% dos pacientes apresentavam doença classificada como leve, com escore PASI inferior a 10. Apenas um

paciente (10%) apresentou escore entre 10 e 20, compatível com doença moderada a grave. Não foram identificados pacientes com escore PASI superior a 20.

Quanto à aplicação da biópsia para o diagnóstico, apenas 1 dos 10 pacientes necessitou desse procedimento para confirmação da psoríase. Nesse caso em específico, foi realizada biópsia do leito ungueal, por manifestação limitada ao acometimento das 20 unhas.

Por outro lado, a presença de sintomas musculoesqueléticos foi frequente, estando presentes em 40% dos pacientes (FIGURA 5). Contudo, nenhum paciente acompanhado teve diagnóstico de artrite psoriásica.

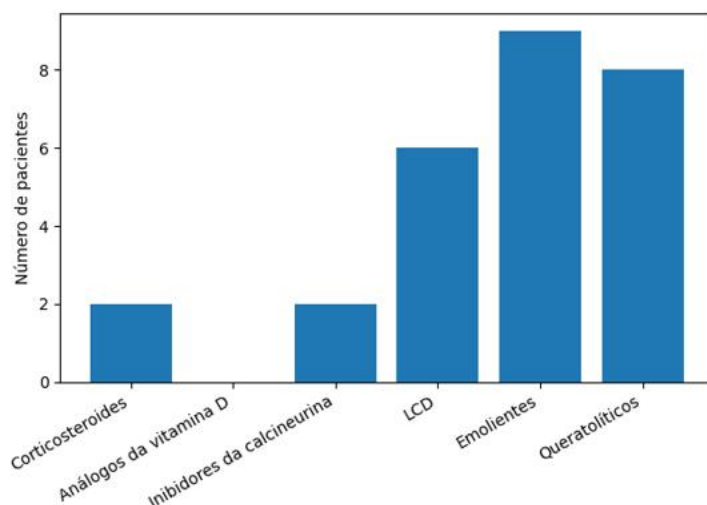
FIGURA 5 - Manifestações musculoesqueléticas presentes em 2025 (n = 10)

Achados musculoesqueléticos	n (%)
Sem sintomas musculoesqueléticos	6 (60%)
Síndrome de hiper mobilidade articular	3 (30%)
Dor de crescimento	1 (10%)

Fonte: elaboração própria, 2025.

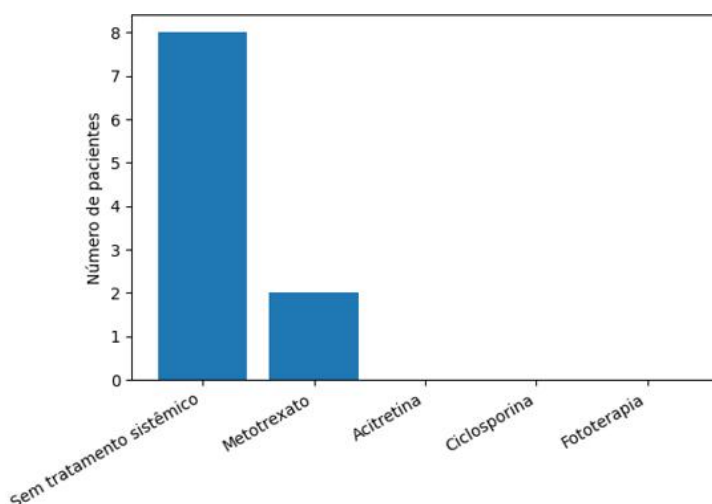
Durante a investigação diagnóstica, foram considerados diferentes diagnósticos além da psoríase. A dermatite de contato e dermatofitoses (tinea corporis/pedis) foram cogitadas em dois pacientes cada. Xerose plantar foi considerada em um paciente, assim como onicomicose ou síndrome das 20 unhas no caso em que houve acometimento ungueal isolado.

Quanto à terapêutica proposta, foram analisadas as frequências dos diferentes tratamentos tópicos e sistêmicos. O tratamento tópico correspondeu a primeira linha e mais frequente modalidade utilizada, com emolientes sendo os mais empregados (90% dos casos), seguido pelos queratolíticos (80%) e pelo LCD (60%). O restante das modalidades tópicas está demonstrado na figura 8 abaixo.

GRÁFICO 5 - Distribuição dos tratamentos tópicos utilizados

Fonte: elaboração própria, 2025.

Apenas 2 pacientes estavam em uso de tratamento sistêmico, sendo em ambos os casos empregado o metotrexato (GRÁFICO 6). Vale ainda mencionar que 1 paciente, apesar de receber somente tratamento tópico, evoluiu com refratariedade e, na consulta de 2025, estava em preparo para início de terapia sistêmica, sendo nesse caso proposto também o metotrexato.

GRÁFICO 6 - Distribuição dos tratamentos sistêmicos utilizados

Fonte: elaboração própria, 2025.

Por fim, em relação à segurança das terapias empregadas, os tratamentos foram bem tolerados. Os efeitos adversos observados foram pouco frequentes e de caráter leve ou transitório. Um paciente apresentou edema palpebral durante o uso de LCD associado a

queratolíticos, com resolução espontânea, tendo sido aventada a hipótese de reação alérgica. Outro paciente apresentou hipocromia no local de aplicação de tacrolimus. Não foram observados efeitos colaterais sistêmicos ou eventos adversos que demandassem a suspensão definitiva ou mudança total do tratamento.

10. DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu uma série de casos de psoríase em lactentes e pré-escolares (menores de 7 anos), faixa etária ainda pouco explorada na literatura nacional. Os achados reforçam a complexidade diagnóstica nessa população, bem como o predomínio de formas clínicas leves, embora com apresentações heterogêneas.

A principal limitação deste estudo se trata do número reduzido de participantes, portanto a generalização de seus resultados para populações maiores deve ser feita com cautela. Apesar da pequena amostra, a distribuição dos sexos nos casos de psoríase segue a tendência percentual observada na literatura de casos de psoríase, com predomínio do sexo feminino em cerca de 60-70% [11].

Ainda, foi observada tendência de início de sintomas e do diagnóstico ser maior conforme o avançar da idade, também alinhado com o que é observado em revisões sistemáticas. A maioria das crianças iniciou os sintomas entre 3 e 6 anos, com concentração em torno dos 4 anos, demonstrando que, ainda que menos frequente, a psoríase pode se manifestar em pré-escolares e deve ser considerada como possibilidade diagnóstica diante de quadros compatíveis. Além disso, houve um agrupamento dos diagnósticos em idades mais avançadas dentro do grupo estudado, sugerindo certo atraso no diagnóstico. Ressalta-se, entretanto, que na maioria dos casos a psoríase foi considerada como hipótese diagnóstica principal ou incluída no diagnóstico diferencial já na primeira avaliação especializada, sendo plausível que esse intervalo entre início dos sintomas e diagnóstico esteja relacionado ao tempo necessário para encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde ao atendimento especializado.

Algumas hipóteses podem ser consideradas para explicar o agrupamento dos diagnósticos em idades mais avançadas dentro da faixa etária estudada. Uma possível explicação é o fato de que a psoríase tende a ser mais prontamente reconhecida em crianças mais velhas, mesmo ainda na fase pré-escolar, uma vez que essa faixa etária se aproxima do período em que a doença é mais comumente considerada como hipótese diagnóstica. Em

lactentes e crianças muito pequenas, a psoríase frequentemente não é aventada como hipótese de imediato, tendendo a ser confundida com dermatoses mais prevalentes dessa idade.

Além disso, o maior tempo de evolução dos sintomas pode ainda contribuir para o diagnóstico, na medida em que as lesões se tornam mais extensas, persistentes e com características clínicas mais típicas da psoríase, como placas melhor delimitadas, distribuição mais sugestiva e acometimento ungueal. Dessa forma, a combinação entre avanço etário e maior tempo de doença pode facilitar o reconhecimento clínico da psoríase, enquanto apresentações iniciais e precoces tendem a ser mais sutis e portanto desafiadoras do ponto de vista diagnóstico.

Em relação aos diagnósticos diferenciais considerados nos 10 casos, é interessante observar que prevaleceram dermatoses comuns, sendo dermatite de contato e tinea as mais mencionadas, diagnósticos que foram descartados ao longo do seguimento. Esse achado reforça o caráter inespecífico das manifestações iniciais da psoríase em idades precoces, que frequentemente mimetizam condições inflamatórias e infecciosas mais prevalentes nessa faixa etária. Ainda, se assemelha às séries pediátricas, nas quais a psoríase de início precoce frequentemente é confundida com dermatite atópica, dermatite de contato ou infecções fúngicas superficiais.

Entre os 10 pacientes avaliados, apenas um necessitou de exame complementar para confirmação diagnóstica, especificamente biópsia ungueal. Nesse caso, observou-se acometimento isolado das vinte unhas, sem lesões cutâneas tipicamente associadas à psoríase. Esse achado evidencia que o comprometimento ungueal isolado pode constituir manifestação da doença mesmo na infância, ressaltando a importância do exame minucioso das unhas durante o processo diagnóstico.

Ademais, a biópsia não se mostrou necessária para a confirmação do diagnóstico em 90% dos casos, mesmo diante de apresentações clínicas heterogêneas. Esses dados reforçam que a análise histopatológica deve ser reservada para situações específicas, nas quais o diagnóstico clínico permanece incerto apesar do seguimento adequado. Em contextos de acompanhamento especializado longitudinal, tais situações tendem a ser pouco frequentes, como foi observado nesta série.

No que se refere às comorbidades, foram identificados diferentes diagnósticos associados, sem aparente relação causal direta com a psoríase. Um dos pacientes apresentou concomitantemente dermatite seborreica do couro cabeludo, condição que pode coexistir com a psoríase e que, além disso, representa um conhecido desafio diagnóstico, conforme descrito previamente na literatura.

Entre as comorbidades observadas e sua correlação com dados da literatura, destaca-se a presença de alterações do Índice de Massa Corporal (IMC). Na amostra analisada, um paciente apresentava sobrepeso e outro obesidade, correspondendo a 20% dos casos. Esse achado é relevante, uma vez que estudos demonstram associação entre IMC elevado e maior risco de psoríase na população pediátrica, quando comparada a crianças eutróficas. Embora o número de casos seja limitado, a identificação dessa alteração na amostra corrobora a literatura existente e reforça a importância da avaliação do estado nutricional em crianças com psoríase.

Conforme descrito na literatura, é fundamental a pesquisa ativa de artrite psoriásica dentre pacientes com diagnóstico de psoríase. Apesar desta poder ocorrer em 1 a 10% dos casos pediátricos [24], sua prevalência aumenta com o avançar da idade, sendo pouco frequente em lactentes e pré-escolares. Na presente série, apesar de 40% dos pacientes apresentarem sintomas musculoesqueléticos e 80% com acometimento ungueal — fator de risco para artrite psoriásica —, nenhum caso dessa comorbidade foi identificado. Esses achados reforçam que a presença de sintomas osteomioarticulares, mesmo em pacientes com psoríase confirmada e fatores de risco associados, não implica necessariamente o diagnóstico de artrite psoriásica.

Nesse contexto, torna-se essencial considerar diagnósticos diferenciais mais prevalentes na infância, como a síndrome da hiper mobilidade articular e dor de crescimento, que foram os diagnósticos encontrados nos pacientes sintomáticos deste estudo. Isto não invalida o fato de que esses pacientes devem ser acompanhados longitudinalmente, com possibilidade de abertura de artrite psoriásica no futuro, especialmente com o avançar da idade.

Em relação aos gatilhos associados à psoríase, não foi possível identificar quaisquer fatores desencadeadores em 90% dos casos analisados. Este fato é bastante razoável levando-se em consideração a natureza multifatorial da doença. Em apenas um paciente a revisão de prontuário revelou duas idas à Emergência do instituto por amigdalites, o que ocorreu previamente à abertura de lesões de psoríase gutata. Embora não tenha havido coleta de amostras para identificação do agente etiológico, o quadro foi conduzido clinicamente como faringite estreptocócica presumida em ambas as ocasiões. Conforme observado em literatura, é plausível supor que tais eventos tenham atuado como gatilho para abertura da psoríase, o que é reforçado pelo padrão clínico apresentado de lesões tipo gutata. Ainda que essa associação não possa ser confirmada de maneira definitiva, o achado ilustra o papel potencial de infecções como gatilhos da psoríase em idade pediátrica.

Quanto aos demais 9 pacientes, a forma clínica predominante foi a psoríase em placas, presente em 90% dos casos, independente do seu local de acometimento e/ou da associação com outras formas de psoríase. Esta proporção respeita os achados na literatura, em que a manifestação em placas é notoriamente a mais frequente, independentemente da faixa etária [20]. Houve maior variação no quesito de localização das lesões cutâneas, sendo membros, palmas, plantas e unhas os mais afetados. O acometimento flexural, embora identificado em apenas um caso, merece destaque, uma vez que essa forma de apresentação é descrita com maior frequência na literatura em lactentes e pré-escolares.

Já quanto à avaliação da gravidade de doença através do escore PASI, o estudo encontrou predomínio de doença leve na amostra, o que é consistente com séries pediátricas envolvendo lactentes e pré-escolares [35]. A baixa pontuação observada na maioria dos pacientes reflete não apenas o perfil clínico da psoríase de início precoce, frequentemente caracterizada por lesões menos extensas, mas também o fato de que todos os pacientes já se encontravam em acompanhamento e tratamento no momento da avaliação.

A identificação de apenas um paciente com escore PASI compatível com doença moderada a grave reforça a heterogeneidade da apresentação da psoríase na infância. Além disso, esse achado é concordante com a baixa necessidade de terapias sistêmicas no grupo, evidenciando adequada associação entre a gravidade clínica, a conduta terapêutica e a evolução dos pacientes.

Cabe ainda destacar que a utilização do PASI em populações pediátricas, especialmente em lactentes e pré-escolares, apresenta limitações, uma vez que o índice foi originalmente proposto para adultos e pode não captar totalmente o impacto funcional e/ou psicossocial da doença nessa faixa etária [10, 36]. Ainda assim, seu uso neste estudo permitiu a padronização da avaliação da gravidade e a comparação com dados previamente publicados.

Já em relação às terapêuticas propostas aos pacientes, foi observado que a maioria necessitou apenas de tratamento tópico (80% dos casos), sendo os mais frequentes: emolientes, queratolíticos e LCD. Esse achado está em consonância com a literatura de psoríase em crianças, que descreve o tratamento tópico como a base do manejo desses pacientes, especialmente nos casos de doença leve, nos quais essas medidas tendem a ser suficientes para o controle clínico. Ainda, a predominância do tratamento tópico se relaciona com os achados de escore PASI predominantemente com formas leves de doença.

Por outro lado, 2 pacientes recebiam tratamento sistêmico com metotrexate e um terceiro estava em preparo para início de MTX. Isso demonstra que ainda que as formas leves sejam mais frequentes, o acometimento extenso é possível em lactentes e pré-escolares,

devendo ser adequadamente avaliado e com início de terapias sistêmicas no caso de resposta inadequada. Vale ainda a ressalva que, assim como recomendado pela literatura, o MTX foi a terapia sistêmica de escolha, sendo usado em ambos os pacientes que tiveram indicação desta modalidade de tratamento.

11. CONCLUSÃO

O presente estudo descreveu uma série de casos de psoríase em lactentes e pré-escolares (menores de 7 anos) acompanhados em um serviço de referência em dermatologia pediátrica, buscando contribuir para o conhecimento de uma faixa etária ainda pouco representada na literatura brasileira. Os achados evidenciaram que, embora a psoríase possa se manifestar precocemente, sua apresentação clínica nessa população é frequentemente heterogênea, o que contribui para dificuldades diagnósticas e consequentemente atrasos no reconhecimento da doença.

Observou-se ainda o predomínio de formas clínicas leves, com baixa gravidade avaliada por escore padronizado para psoríase, além de boa resposta ao tratamento tópico na maioria dos casos. Esses resultados estão em consonância com séries pediátricas publicadas e reforçam que, em lactentes e pré-escolares, a psoríase tende a apresentar extensão limitada, permitindo manejo conservador na maior parte dos casos. Ainda assim, a identificação de casos que demandaram escalonamento terapêutico evidencia que apresentações mais extensas ou refratárias também podem ocorrer nessa faixa etária, exigindo acompanhamento especializado.

A análise dos diagnósticos diferenciais considerados ao longo do seguimento reforça o caráter desafiador do diagnóstico de psoríase de início precoce, frequentemente confundida com dermatoses inflamatórias ou infecciosas comuns na infância. Nesse contexto, o seguimento longitudinal e a avaliação dermatológica especializada se tornam fundamentais para a consolidação diagnóstica, com necessidade limitada de exames complementares (como a biópsia cutânea) para este fim.

Além disso, o estudo destaca a importância da investigação e acompanhamento sistemáticos de comorbidades, incluindo alterações do estado nutricional e manifestações musculoesqueléticas, bem como da vigilância contínua para possíveis complicações futuras, como a artrite psoriásica, mesmo quando ausente no momento da avaliação inicial, vide que sua incidência é crescente com o avançar da idade.

Apesar das limitações inerentes ao delineamento retrospectivo e ao reduzido número de casos, esta série contribui para ampliar a compreensão sobre a psoríase em idade precoce no contexto brasileiro. Os resultados reforçam a necessidade de maior sensibilização dos profissionais de saúde para a inclusão da psoríase no diagnóstico diferencial de dermatoses persistentes em lactentes e pré-escolares. Sugere-se preconizar o encaminhamento para um serviço especializado diante da dúvida diagnóstica. Assim, torna-se possível o diagnóstico preciso e precoce, tratamento adequado e redução do impacto da doença sobre a qualidade de vida das crianças e de suas famílias.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Yang, A.; Cheng, B.; Seyger, M. M. B.; Murphy, R.; Stoll, M. L.; Cordoro, K. M.; van de Kerkhof, P.; Paller, A. S. *The Burden of Pediatric Psoriasis: A Systematic Review*. American Journal of Clinical Dermatology, v. 26, n. 5, p. 695–710, 2025. DOI: 10.1007/s40257-025-00965-1.
- 2 Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. Br J Dermatol. 2010;162(3):633–6.
- 3 Duarte, G. V.; Porto-Silva, L.; de Oliveira, M. F. P. “Epidemiology and treatment of psoriasis: a Brazilian perspective”. *Psoriasis: Targets and Therapy*, v. 5, p. 55-64, 2015. DOI: 10.2147/PTT.S51725.
- 4 Li, D.; Fan, S.; Song, J.; Zhao, H.; Guo, L.; Li, P.; Xu, X. *Global Psoriasis Burden 1990–2021: Evolving Patterns and Socio-Demographic Correlates in the Global Burden of Disease 2021 Update*. Healthcare, v. 13, n. 19, p. 2437, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13192437
- 5 Seyger, M. M. B.; Paller, A. S.; Sticherling, M.; Bachhuber, T.; Thomas, N.; Hetherington, J.; et al. *Patient-reported outcomes and burden of disease in paediatric patients with psoriasis: real-world data from EU5 and US*. Acta Dermato-Venereologica, v. 103, p. 2544, 2023.
- 6 Beattie, P. E.; Lewis-Jones, M. S. *A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases*. British Journal of Dermatology, v. 155, n. 1, p. 145–151, 2006.
- 7 UPTODATE, Inc. *Psoriasis in children: epidemiology, clinical manifestations and diagnosis*. In: UpToDate [Internet]. [S. l.], [s. d.]. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-in-children-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 2 out. 2025.

8 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(12):1537–1541. doi: 10.1001/archderm.141.12.1537.

9 Romiti, R.; Carvalho, A. V. E.; Duarte, G. V.; Grupo de Trabalho do Consenso Brasileiro de Psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. *Consenso Brasileiro de Psoríase 2020 e Algoritmo de Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 96, n. 6, p. 778–781, 2021. DOI: 10.1016/j.abdp.2021.09.013.

10 Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, Maradit Kremers H. Incidence of psoriasis in children: a population-based study. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(6):979–987. doi: 10.1016/j.jaad.2009.07.029.

11 Farber, E. M.; Carlsen, R. A. *Psoriasis in childhood*. California Medicine, v. 105, p. 415–420, 1966.

12 Nyfors, A.; Lemholt, K. *Psoriasis in children: a short review and a survey of 245 cases*. British Journal of Dermatology, v. 92, p. 437–442, 1975.

13 Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, Christophers E, Reich K, Schäfer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol*. 2010;162(3):633–6.

14 Vičić, M.; Kaštelan, M.; Brajac, I.; Sotošek, V.; Prpić Massari, L. *Current Concepts of Psoriasis Immunopathogenesis*. International Journal of Molecular Sciences, v. 22, n. 21, p. 11574, 2021. DOI: 10.3390/ijms222111574.

15 Li, D.; Fan, S.; Song, J.; Zhao, H.; Guo, L.; Li, P.; Xu, X. *Global Psoriasis Burden 1990–2021: Evolving Patterns and Socio-Demographic Correlates in the Global Burden of Disease 2021 Update*. Healthcare, v. 13, n. 19, p. 2437, 2025.

16 Burden-Teh E, Thomas KS, Ratib S, Grindlay D, Adaji E, Murphy R. The epidemiology of childhood psoriasis: A scoping review. *Br J Dermatol*. 2016;174:1242–57. doi: 10.1111/bjd.14507.

17 British Journal of Dermatology. *Environmental triggers of psoriasis: insights from a UK patient-reported cohort (mySkin)*. British Journal of Dermatology, [s. l.], [s. n.], [s. d.].

18 Barisić-Drusko, V.; Rucević, I. *Trigger factors in childhood psoriasis and vitiligo*. Collegium Antropologicum, v. 28, n. 1, p. 277–285, 2004.

- 19 Dhar, S.; Srinivas, S. M. *Psoriasis in pediatric age group*. Indian Journal of Dermatology, v. 67, n. 4, p. 374–380, 2022. DOI: 10.4103/ijd.ijd_570_22.
- 20 Sarac, G.; Koca, T. T.; Baglan, T. *A brief summary of clinical types of psoriasis*. North Clinics of Istanbul, v. 3, n. 1, p. 79–82, 2016. DOI: 10.14744/nci.2016.16023.
- 21 Pinson, R.; Sotoodian, B.; Fiorillo, L. *Psoriasis in children*. Psoriasis: Targets and Therapy, v. 6, p. 121–129, 2016. DOI: 10.2147/PTT.S87650.
- 22 Karimi, K.; Haugh, I.; Silfvast-Kaiser, A.; Menter, A. *Pediatric psoriasis: a review*. Dermatology and Therapy, v. 12, n. 1, p. 25–49, 2022. DOI: 10.1007/s13555-021-00653-6.
- 23 Bronckers, I. M. G. J.; Paller, A. S.; van Geel, M. J.; van de Kerkhof, P. C. M.; Seyger, M. M. B. *Psoriasis in children and adolescents: diagnosis, management and comorbidities*. Pediatric Drugs, v. 17, n. 5, p. 373–384, 2015. DOI: 10.1007/s40272-015-0137-1
- 24 Mercy K, Kwasny M, Cordoro KM, et al. Clinical manifestations of pediatric psoriasis: results of a multicenter study in the United States. *Pediatr Dermatol*. 2013;30(4):424–428. doi: 10.1111/pde.12072.
- 25 Jensen P, Zachariae C, Christensen R, et al. Effect of weight loss on the severity of psoriasis: a randomized clinical study. *JAMA Dermatol*. 2013;149(7):795–801
- 26 Griffiths, C. E.; Barker, J. N. *Pathogenesis and clinical features of psoriasis*. The Lancet, v. 370, n. 9583, p. 263–271, 2007.
- 27 30 MANCHANDA, Y.; DE, A.; DAS, S.; CHAKRABORTY, D. Disease assessment in psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, v. 33, n. 7, p. 876-884, 2022.
- 28 PUIG, L.; CARRASCOSA, J. M.; BELLO, A. Evaluation of psoriasis severity and treatment monitoring. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 28, n. 3, p. 25–36, 2014 (Suppl).
- 29 MICHIELIN, Sonia; ALAIBAC, Mauro. *Pediatric psoriasis: from new insights into pathogenesis to updates on treatment*. Biomedicines, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 1–17, 2021. DOI: 10.3390/biomedicines9080940.
- 30 KATAKAM, B. K.; MUNISAMY, M.; RAO, T. N.; CHIRAMEL, M. J.; PANDA, M.; GUPTA, S.; PSS, R.; SEETHARAM, K. A. Recommendations for management of childhood psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, v. 12, supl. 1, p. S71–S85, 2021
- 31 BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. *Portaria Conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Psoríase*.

Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/p/psorise/view>. Acesso em: 22 nov. 2025.

32 Kravvas, G.; Gholam, K. *Use of topical therapies for pediatric psoriasis: a systematic review*. *Pediatric Dermatology*, v. 35, n. 3, p. 296–302, 2018. DOI: 10.1111/pde.13422.

33 SUBEDI, S.; YU, Q.; CHEN, Z.; SHI, Y. Management of pediatric psoriasis with acitretin: a review. *Dermatologic Therapy*, v. 31, n. 6, e12688, 2018.

34 Papp K., Thaçi D., Marcoux D. 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):40–49.

35 MORITA, A. et al. Psoriasis in Children. *Pediatric Dermatology*, [s.l.], 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11483894/>. Acesso em 28/12/2025.

36 LANGLEY, R. G.; ELLIS, C. N. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 51, n. 4, p. 563–569, 2004.

ANEXO 1: FICHA PADRONIZADA - COLETA DE DADOS

- 1) **Prontuário:** _____
- 2) **Data de nascimento:** ____/____/____
- 3) **Sexo:** 1-Feminino 2-Masculino
- 4) **Comorbidades** _____
- 5) **Idade do início de sintomas** _____ anos
- 6) **Idade ao diagnóstico de psoríase:** ____ anos
- 7) **IMC na consulta em 2025** _____ kg
- 8) **História familiar de psoríase:** 1- Sim 2 - Não
- 9) **Diagnósticos diferenciais (externos ou no IPPMG)** _____
- 10) **Fenótipo clínico da psoríase** 1 - Placas 2 - Gutata 3 - Pustulosa 4 - Eritrodérmica 5- Folicular 6 - Artrite psoriásica
- 11) **Localização das lesões** 1 - Couro cabeludo 2 - Face e/ou pescoço 3 - Tronco 4- Membros superiores 5 - Membros inferiores 6 - Palmas e/ou plantas 7 - Flexuras 8 - Extensoras 9 - Unhas
- 12) **Histórico de gatilhos?** _____
- 13) **Gravidade de doença (pelo score PASI)** 1 - PASI 0-5 2 - PASI 5-10 3 - PASI 10-20 4 - PASI 20-35 5 - PASI 20-35 6 - PASI > 35
- 14) **Presença de sintomas osteoarticulares** 1 – Sim 2 – Não
- 15) **Diagnóstico complementado por biópsia?** 1 – Sim 2 – Não
- 16) **Tratamento tópico:** 1 - Corticosteroides 2 - Análogos de vitamina D 3 - Inibidores de calcineurina 4 - LCD 5 - Hidratantes/emolientes 6 - Queratolíticos
- 17) **Tratamento sistêmico:** 1 - Nenhum 2 - Metotrexato 3 - Actretina 4 - Ciclosporina 5 - Fototerapia
- 18) **Efeitos colaterais durante o tratamento?** 1 - Sim 2 - Não / Se sim, quais:
