


## Experiencia con terapia biológica en psoriasis pediátrica

Sabrina Merenzon<sup>1</sup> , Paula C. Luna<sup>1</sup> , María E. Abad<sup>1</sup> , Anabel Panizzardi<sup>1</sup> , Ramiro Cano<sup>1</sup> , Margarita Larralde<sup>1</sup> 

### RESUMEN

La psoriasis pediátrica representa aproximadamente el 2 % de las enfermedades dermatológicas en menores de 16 años. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, los esquemas terapéuticos utilizados, la eficacia y el perfil de seguridad observados en una cohorte de vida real.

Este estudio retrospectivo analizó 15 pacientes pediátricos tratados con biológicos entre 2010 y 2024 en Argentina. La edad media de inicio fue de 8 años, con predominio en sexo femenino. Las terapias biológicas utilizadas fueron principalmente adalimumab, seguido de secukinumab, etanercept e ixekizumab. Cinco pacientes presentaron falla secundaria a adalimumab. La terapia fue bien tolerada, sin eventos adversos registrados.

Los datos sugieren que la intervención precoz tiene potencial para modificar el curso de la enfermedad y prevenir complicaciones a largo plazo.

**Palabras clave:** psoriasis; niño; productos biológicos; adalimumab; anticuerpos monoclonales.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11081>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11081.eng>

**Cómo citar:** Merenzon S, Luna PC, Abad ME, Panizzardi A, Cano R, Larralde M. Experiencia con terapia biológica en psoriasis pediátrica. *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202611081. Primero en Internet 2-JUL-2026.

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Alemán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Correspondencia para Sabrina Merenzon:** [sabrinamerenzon@gmail.com](mailto:sabrinamerenzon@gmail.com)

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

**Recibido:** 5-3-2026

**Aceptado:** 13-5-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis pediátrica representa el 2 % de las enfermedades dermatológicas en niños menores de 16 años. Un tercio de los pacientes con psoriasis en la adultez desarrolla la enfermedad antes de los 20 años.<sup>1</sup> En adultos, la psoriasis es considerada un factor de riesgo cardiovascular independiente. En la actualidad, se reconoce que un manejo adecuado es fundamental para prevenir el desarrollo de comorbilidades metabólicas, cardiovasculares y articulares en la adultez. Más de la mitad de los pacientes con psoriasis presentan formas leves; en aquellos casos con psoriasis moderada a grave, están indicados fototerapia, metotrexato, acitretin, ciclosporina o terapias biológicas.

Si bien en adultos hace más de 20 años contamos con terapias biológicas con más de diez opciones en el mercado aprobadas, esto no sucede en pediatría donde las opciones son más reducidas: al momento, están aprobadas en Argentina adalimumab y etanercept (anti-TNF), recomendados para niños mayores de 4 años, y secukinumab (anti-IL-17) para niños mayores de 6 años.<sup>2</sup> La mayoría de la información sobre la eficacia y seguridad de estos fármacos proviene de estudios multicéntricos y aleatorizados, pero esto no siempre se correlaciona con los datos en la práctica real.

Por ello, el objetivo de este estudio es describir las características clínicas, los esquemas terapéuticos utilizados, la eficacia y el perfil de seguridad observados en una cohorte de vida real de pacientes pediátricos en Argentina.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

### Diseño y población

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes menores de 18 años con diagnóstico de psoriasis tratados con medicamentos biológicos entre enero de 2010 y enero de 2024 en el Hospital Alemán. Se excluyeron pacientes con datos incompletos en las historias clínicas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Independiente del Hospital Alemán (Fecha: 16/12/2025. Código de registro: 16720).

### Variables y operacionalización

La eficacia inicial se definió como la respuesta alcanzada según el Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis (PASI por la sigla en inglés) 75, es decir una mejora del 75 % del PASI inicial, a las 12 a 16 semanas según la duración de la fase de inducción de cada biológico.

La falla primaria se definió como la incapacidad de alcanzar una respuesta clínica mínima (PASI75) después de haber completado la fase de inducción del fármaco (según cada biológico entre 12 a 16 semanas).

La falla secundaria se definió como la pérdida de respuesta PASI75 tras una mejoría inicial sostenida durante la fase de mantenimiento. Se registraron comorbilidades (obesidad, hipertensión, ansiedad), tratamientos previos y eventos adversos.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas se expresaron mediante mediana y rango, o media y desviación estándar según su distribución. Dado el tamaño muestral reducido y la distribución no normal de algunas variables, se priorizó la mediana y el rango intercuartílico para su descripción.

## RESULTADOS

### Características de la cohorte

Entre los 15 pacientes (10 de sexo femenino), la edad promedio de inicio fue de 8 años (rango 4-16). El tiempo medio desde la aparición de las lesiones hasta el inicio del biológico fue de 4,9 años (rango 0,5-11). Cuatro pacientes tenían antecedentes familiares de primer grado de psoriasis y 4 tenían antecedentes de segundo grado. Todos, excepto 1 paciente, presentaron psoriasis exclusivamente cutánea. El paciente restante presentó artritis psoriática (AP) periférica a los 14 años, que precedió en dos años a las lesiones cutáneas. Todos los pacientes presentaron psoriasis en placas. Además, 14 pacientes tenían afectación del cuero cabelludo; 3, afectación ungueal; 3, psoriasis en gotas; 2, afectación genital; y 1, psoriasis palmoplantar. Seis pacientes tuvieron infecciones estreptocócicas recurrentes.

### Tratamientos previos

El 100 % de los pacientes recibió terapia tópica (corticosteroides, inhibidores de calcineurina y/o análogos de la vitamina D) y metotrexato 0,4 mg/kg/semana vía oral previo al inicio del biológico. La mediana de duración de uso de metotrexato fue de 16 meses (rango intercuartílico 9-36 meses). El 53 % (n = 8) realizó fototerapia UVB-BE y el 13 % (n = 2) recibió acitretin.

### Eficacia y mantenimiento

El PASI basal presentó una media de  $19,1 \pm 6,0$  (Figura 1). El biológico más utilizado como primera línea fue adalimumab (9 pacientes), seguido de secukinumab y etanercept (3 y 2 pacientes respectivamente), y 1 paciente recibió ixekizumab (posteriormente cambiado a adalimumab por falta de acceso).

A excepción de un paciente tratado con etanercept (que fue rotado a secukinumab), a las 16 semanas, la mayoría alcanzó una respuesta significativa (PASI75). Cinco pacientes presentaron falla secundaria, todos a adalimumab, tras una media de 2,4 años de tratamiento. Luego fueron rotados a ixekizumab (3 pacientes luego de cumplir 18 años), deucravacitinib en contexto de protocolo de investigación (1 paciente) y risankizumab (1 paciente luego de cumplir 18 años). Un paciente, por falta de acceso a secukinumab, debió suspenderlo e ingresó a un protocolo de investigación, donde recibió deucravacitinib.

La mediana de duración de seguimiento fue de 4 años (intervalo mínimo de 1,5 años y máximo de 15 años). En la última evaluación, 12 pacientes presentaban PASI90; 2 pacientes (paciente número 5 y 13), PASI75; y 1, respuesta subóptima (PASI50) (paciente número 2). Estas respuestas, alcanzadas durante el primer año de tratamiento, se mantuvieron de forma sostenida durante el seguimiento, sin fluctuaciones significativas en los valores de PASI. En caso

de aparición de lesiones aisladas, se asoció tratamiento tópico con corticoides. Todos los pacientes continúan actualmente en seguimiento por el servicio.

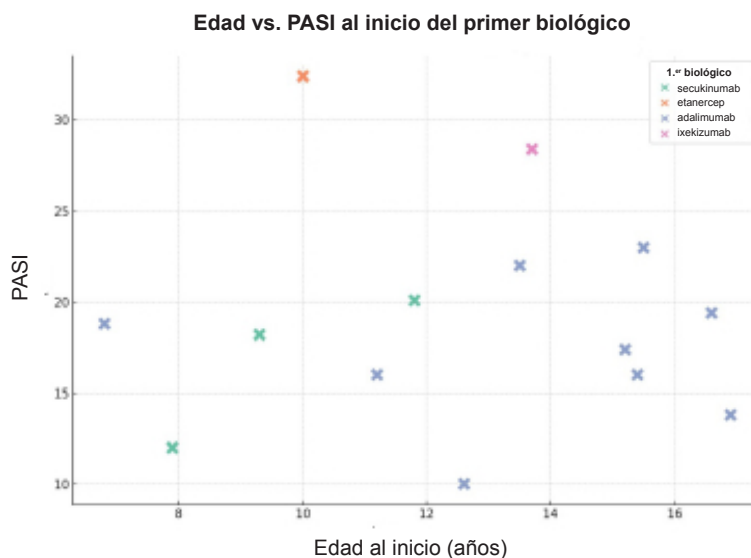
### Seguridad y comorbilidades

Las comorbilidades basales incluyeron esteatosis hepática, sobrepeso y ansiedad en un paciente, enfermedad de Moya-Moya en otro, y trastorno de ansiedad generalizada en otro (Tabla 1). A lo largo de todo el seguimiento, se mantuvieron controles de laboratorio acordes a la edad y uso de biológico concomitante sin observar nuevas comorbilidades ni efectos adversos clínicamente relevantes asociados a la terapia biológica durante el periodo de estudio.

### DISCUSIÓN

Similar a lo reportado en la literatura,<sup>3</sup> en esta serie de casos la mediana de edad de inicio de la psoriasis fue de 8 años, con predominio en pacientes de sexo femenino. A diferencia de los adultos, la mayoría de los niños en este estudio no presentaban comorbilidades al inicio de la psoriasis, y la mitad había tenido infecciones estreptocócicas recurrentes (un desencadenante muy frecuente en este rango etario).<sup>3</sup> Sin embargo, se sabe que los niños con psoriasis poseen el doble de riesgo de prevalencia de comorbilidades como hiperlipidemia, hipertensión, diabetes, enfermedad de Crohn y artritis reumatoidea, en comparación con

**FIGURA 1. Relación entre el Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis (PASI), la edad de inicio del primer biológico y el tipo de biológico indicado**



**TABLA 1. Características clínicas de los pacientes con psoriasis pediátrica**

Paciente	Sexo	Edad de inicio de la psoriasis (años)	Edad al inicio del 1.º biológico (años)	Fenotipo	Comorbilidad	1er biológico	PASI/BSA/DLQI inicial	Motivo de suspensión	2.º biológico
1	M	8	9,3	Placas, sc	Enf. de Moya-Moya	SEC	PASI 18,2 BSA 13 % DLQI 18		
2	M	5	10,0	Placas, p-p	Hipotiroidismo CGT, esteatosis hepática, sobrepeso	ETC	PASI 32,4	Falla 1	SEC
3	F	5	7,9	Placa, c-c	No	SEC	PASI 12 DLQI 15 BSA 10 %		
4	F	5	11,2	Placa, c-c	No	ADA	PASI 16 BSA 25 % DLQI 13		
5	F	10	12,6	Placa, c-c	No	ADA	PASI 10 BSA 10 % CDLQI 19		
6	M	10	15,2	Placas, gotas, c-c	No	ADA	PASI 17,4 BSA 28,2 % DLQI 16	Falla 2	IXE
7	M	5	15,5	Placas, c-c	No	ADA	PASI 23 BSA 28 % DLQI 18	Falla 2	
8	F	9	16,6	Placas, c-c, genital, gotas	No	ADA	PASI 19,4 BSA 27,6 % DLQI 13	Falla 2	
9	F	16	16	Placas, uñas,	No	ETC	No aplica por PsA		
10	F	8	15,4	Placas, c-c	No	ADA	PASI 16 BSA 12 % DLQI 16		
11	F	15	16,9	Placas, c-c, genital, gotas	TAG	ADA	PASI 13,8 BSA 16 % DLQI 21	Falla 2	
12	F	6	13,5	Placas, c-c, uñas	No	ADA	PASI 22 DLQI 20		
13	M	6	13,7	Placas, c-c, uñas	No	IXE	PASI 28,4 BSA 50 %	Falta de acceso	ADA
14	F	4	6,8	Placas, c-c	No	ADA	PASI 18,8	Falla 2	DEU PR
15	F	10	11,8	Placas, c-c	No	SEC	PASI 20,1 BSA 31 %	Falta de acceso	DEU PR

ADA: adalimumab, ETC: etanercept, DEU PR: deucravacitinib en contexto de protocolo de ensayo clínico, IXE: ixekizumab, SEC: secukinumab, enf: enfermedad, CGT: congénito, TAG: trastorno de ansiedad generalizado, c-c: cuero cabelludo, p-p: palmoplantar, PASI: Índice de Área y Gravedad de la Psoriasis, BSA: área corporal total, DLQI: Índice de Calidad de Vida en Dermatología, PsA: artritis psoriásica.

los que no lo padecen.<sup>1</sup> Datos recientes en adultos comienzan a demostrar la importancia de una intervención temprana y eficaz para lograr remisión a largo plazo,<sup>4</sup> y la población pediátrica es potencialmente un objetivo ideal para este tipo de estrategias.

La indicación de terapia biológica en niños es similar a la de los adultos; sin embargo, a diferencia de estos, las opciones de medicamentos aprobados son más limitadas y la duración del tratamiento es más prolongada debido al inicio más temprano de la enfermedad.

Esto conlleva un mayor riesgo acumulativo de efectos adversos, aunque en nuestra serie no se observaron, a diferencia de otros estudios de vida real.<sup>5</sup> Aproximadamente el 25 % de los pacientes pediátricos con psoriasis recibirán biológicos en algún momento de su vida.<sup>3</sup>

Los principales desafíos encontrados estuvieron relacionados con la aversión a las inyecciones, por lo que las terapias con menor frecuencia de administración fueron mejor aceptadas por los pacientes y sus cuidadores. Destacamos la necesidad de desarrollar medicamentos que se alineen mejor con las necesidades de comodidad de la población pediátrica, ya sea en formulaciones orales (jarabe o pastillas pequeñas) o con esquemas de inyección subcutánea menos frecuentes. Nuestro objetivo es aportar datos de vida real sobre el uso prolongado de terapia biológica en pacientes pediátricos.

Una de las principales limitaciones es el diseño retrospectivo y el tamaño reducido de la muestra con ausencia de grupo control. Al ser un estudio unicéntrico, puede existir un sesgo de selección. Asimismo, la naturaleza retrospectiva podría implicar un subregistro de eventos adversos leves.

Si bien en Argentina existe una guía local de tratamiento de la psoriasis pediátrica,<sup>6</sup> en la mayoría de los casos, la elección del biológico estuvo influenciada por las regulaciones impuestas por financiadores y cobertura de seguros. Para mejorar el acceso, se requieren estudios clínicos adicionales y evidencia en vida real que informen a los médicos y financiadores sobre la efectividad y seguridad de los biológicos en pacientes pediátricos.

## CONCLUSIÓN

La terapia biológica en pacientes pediátricos muestra un perfil de seguridad favorable y una alta eficacia inicial. La intervención oportuna representa una ventana de oportunidad para disminuir la carga inflamatoria y mejorar la calidad de vida a largo plazo. ■

## REFERENCIAS

1. Morita A, Saeki H. Pediatric psoriasis: Understanding pathological conditions and advances in treatment. *J Dermatol.* 2024;51(2):185-95. doi: 10.1111/1346-8138.17049.
2. Hebert AA, Browning J, Kwong JPC, Duarte AM, Price HN, Siegfried E. Managing pediatric psoriasis: update on treatments and challenges—a review. *J Dermatolog Treat.* 2022;33(5):2433-42. doi: 10.1080/09546634.2022.2059051.
3. Narbutt J, Niedźwiedz M, Lesiak A, Ceryn J, Skibińska M. Secukinumab for the Treatment of Psoriasis in Pediatrics: Patient Selection and Acceptability. *Patient Preference Adherence.* 2023;17:421-31. doi: 10.2147/PPA.S350753.
4. Eyerich K, Asadullah K, Pinter A, Weisenseel P, Reich K, Paul C, et al. Noninferiority of 16-Week vs 8-Week Guselkumab Dosing in Super Responders for Maintaining Control of Psoriasis: The GUIDE Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol.* 2024;160(9):953-63. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.2463.
5. Marques E, Paluch Z, Boháč P, Slanař O, Běláček J, Hercogová J. The safety profile of biologic agents in comparison with non-biologic systemic agents, and topical compounds in the management of psoriasis—a 30-month prospective, observational cohort study. *Int J Clin Pract.* 2021;75(12): e14915. doi: 10.1111/jcp.14915.
6. Luna PC, Abad ME, Larralde M, Boggio P, Ferrari B, Maccario MF, et al. Recomendaciones para el tratamiento de la psoriasis en Pediatría. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.* 2023;80(4):523-37. doi: 10.31053/1853.0605.v80.n4.42874