

## PSORIASI GRAVE IN BAMBINO DI 3 ANNI TRATTATO CON METOTREXATO

Baswedan R.<sup>1,2</sup>, Hidayati A.N.<sup>1,2,3</sup>, Widia Y.<sup>1,2,3</sup>, Sawitri<sup>1,2</sup>, Suyoso S.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dept. of Dermatology Venereology and Aesthetic, Dr Soetomo General Academic Hospital

<sup>2</sup>Dept. of Dermatology Venereology and Aesthetic, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga

<sup>3</sup>Dept. of Dermatology Venereology and Aesthetic, Universitas Airlangga Teaching Hospital  
Surabaya, Indonesia

**Parole chiave** Psoriasi, bambino, metotrexato.

**Abbreviazione** MTX = metotrexato.

**Caso clinico.** Un bambino di 3 anni si è presentato con placche eritematose e desquamanti diffuse al cuoio capelluto, al volto, al tronco, agli arti e alla regione inguinale da circa due mesi. Le lesioni sono iniziate come chiazze rosse nella regione inguinale e si sono gradualmente estese sviluppando spesse squame bianche. Era presente prurito intenso.

In precedenza il bambino si era rivolto a un altro ospedale, dove la condizione era stata considerata una reazione allergica. Gli erano stati prescritti un unguento steroideo e un farmaco antiallergico orale per una settimana, ma i sintomi persistevano e continuavano a diffondersi. Non vi era anamnesi di infezioni precedenti alla comparsa dei sintomi, né familiarità per psoriasi.

Il bambino era apiretico (36,5 °C), emodinamicamente stabile e in buone condizioni generali. Il peso corporeo era di 23 kg (Z-score > +2 DS), compatibile con obesità. L'esame dermatologico iniziale ha rivelato multiple placche eritematose ben delimitate, ricoperte da squame spesse, localizzate al torace anteriore e posteriore, all'addome e agli arti (Fig. 3). Il cuoio capelluto e la regione facciale mostravano macule eritematose confluenti con squame spesse aderenti (Fig. 1). La regione inguinale presentava macule eritematose con squame sottili. L'esame delle unghie mostrava pitting. Il segno di Auspitz e il fenomeno di Koebner erano positivi. La biopsia cutanea ha evidenziato paracheratosi, acantosi, lieve spongiosi, allungamento delle creste epidermiche e infiltrato linfocitario perivascolare superficiale, reperti compatibili con psoriasi volgare.

In base ai dati clinici e istologici è stata posta diagnosi di psoriasi volgare con obesità come comorbidità. A causa dell'esteso coinvolgimento cutaneo, è stata avviata una terapia sistemica con metotrexato 2,5 mg (0,1 mg/kg/settimana) dopo valutazione laboratoristica nella norma. È stato aggiunto acido folico 1 mg al giorno per sei giorni alla settimana successivamente alla somministrazione del metotrexato. Dopo due settimane, le lesioni mostravano una riduzione dell'eritema e della desquamazione. A un mese, le placche risultavano significativamente assottigliate con riduzione dell'infiammazione. Dopo due mesi di terapia con metotrexato, la maggior parte delle lesioni si era risolta, lasciando macule post-infiammatorie con desquamazione minima (Fig. 2, 4). Il punteggio PASI iniziale del paziente era 19,8, ridottosi a 0 dopo due mesi di terapia con metotrexato. Il monitoraggio laboratoristico è rimasto stabile durante tutto il trattamento. Non sono stati riportati effetti avversi.

**Discussione.** La psoriasi volgare è una dermatosi infiammatoria cronica immuno-mediata che può manifestarsi a qualsiasi età, inclusa la prima infanzia. La prevalenza della psoriasi pediatrica varia tra 0,1% e 1,5%, con un aumento quasi lineare dall'infanzia all'adolescenza e un'età mediana di esordio compresa tra 7 e 10 anni (1, 2). La psoriasi volgare in età pediatrica può presentarsi in modo diverso rispetto alla malattia a esordio nell'adulto. Le forme cliniche più comuni sono la psoriasi a placche



Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 1, 2, 3, 4: Psoriasi grave in bambino di 3 anni, prima (Fig. 1, 3) e dopo (Fig. 2, 4) trattamento con metotrexato.

(41%), del pannolino (37% nei lattanti), la guttata (15–30%) e l'inversa (22,2% nei lattanti), che interessa le pieghe cutanee (2). Queste varianti cliniche possono determinare ritardi o errori diagnostici, in particolare nei bambini molto piccoli (3). La psoriasi a esordio precoce è associata a una maggiore probabilità di persistenza in età adulta, e la presenza di forme croniche e guttate è significativamente più elevata rispetto alla psoriasi a esordio tardivo (4), sottolineando l'importanza di una diagnosi tempestiva e di una gestione terapeutica appropriata.

La psoriasi a esordio precoce è sempre più riconosciuta come una condizione infiammatoria sistemica associata a molteplici comorbidità, tra cui obesità, iperlipidemia, ipertensione, diabete mellito e artrite reumatoide (1, 2, 5). L'obesità favorisce lo sviluppo e il peggioramento della psoriasi attraverso un aumento dell'infiammazione sistemica, causata dalla maggiore secrezione di citochine pro-infiammatorie come TNF- $\alpha$ , IL-6 e IL-17, che amplificano l'attività psoriasica e possono ridurre la risposta terapeutica (6, 7).

Le opzioni terapeutiche nella psoriasi infantile variano in base alla gravità della malattia. Nei casi lievi, possono essere utilizzate terapie topiche come emollienti e corticosteroidi topici. Tuttavia, nei casi moderati-gravi, sono disponibili diverse opzioni, tra cui metotrexato (MTX), fototerapia e farmaci biologici (8). La terapia sistemica è generalmente raccomandata nei casi di psoriasi moderata-grave, nelle forme a rapida progressione, nel coinvolgimento  $\geq 10\%$  della superficie corporea, o in presenza di un significativo impatto sulla qualità della vita. I recenti documenti di consenso sottolineano l'importanza di una pianificazione terapeutica individualizzata, basata sulla gravità della malattia, sulle comorbidità e sui profili di sicurezza dei farmaci (9).

Il metotrexato rimane uno dei trattamenti sistemici più ampiamente utilizzati per la psoriasi pediatrica moderata-grave grazie alla sua accessibilità economica, all'uso consolidato nel lungo periodo e a un profilo di sicurezza relativamente favorevole, soprattutto nelle località in cui i farmaci biologici sono meno accessibili (9). Sebbene i dati nei bambini siano limitati, le recenti linee guida di consenso e gli studi multicentrici pediatrici confermano la sua efficacia nel raggiungere un adeguato controllo della malattia, con una tollerabilità accettabile quando somministrato con un appropriato monitoraggio laboratoristico e supplementazione di folati (9, 10).

Nonostante il suo impiego off-label in molti Paesi, il MTX ha dimostrato efficacia, sicurezza e sostenibilità economica, rendendolo una pietra miliare della terapia sistemica pediatrica (11, 12). Numerosi studi hanno riportato un miglioramento significativo della gravità della psoriasi dopo 6–12 settimane di trattamento settimanale con basse dosi di metotrexato (13–15).

In questo paziente, il metotrexato a basso dosaggio (0,1 mg/kg/settimana) ha determinato un miglioramento marcato già nel primo mese e una quasi completa risoluzione entro il secondo mese, sen-

za effetti avversi né anomalie laboratoristiche. Questo risultato è in linea con le evidenze disponibili che parlano a favore del MTX come opzione affidabile nella psoriasi pediatrica con malattia estesa o coinvolgimento di aree funzionalmente sensibili (11). Oltre ai benefici dermatologici consolidati, il MTX è stato associato a una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari grazie ai suoi effetti antinfiammatori sistemici, in particolare quando utilizzato a basse dosi con supplementazione di acido folico. È importante sottolineare che il meccanismo antinfiammatorio dell'MTX può essere particolarmente utile nei bambini obesi, nei quali citochine pro-infiammatorie elevate come TNF- $\alpha$ , IL-6 e leptina contribuiscono a un fenotipo psoriasico più severo e a una potenziale ridotta risposta alle terapie topiche. Ciò evidenzia la rilevanza terapeutica unica del metotrexato nella psoriasi pediatrica complicata dall'obesità (5, 16).

Sebbene le terapie biologiche che colpiscono le vie dell'IL-17 e dell'IL-23 offrano un controllo rapido e importante della malattia, il loro impiego nei bambini è limitato da restrizioni legate all'età, costi elevati e disponibilità limitata in molti contesti sanitari. Di conseguenza, il metotrexato continua a rappresentare una terapia sistemica di prima linea, essenziale nei pazienti pediatrici con psoriasi moderata-grave, in particolare quando la presenza di obesità o il disagio psicosociale rendono opportuno un'intervento sistemico precoce (9). Un attento monitoraggio clinico e laboratoristico, associato alla supplementazione di acido folico, è necessario per ottimizzare i risultati e minimizzare gli eventi avversi (15).

**Conclusioni.** L'attuale caso è stato presentato per sottolineare il ruolo del metotrexato nella gestione della psoriasi pediatrica, in particolare quando coesistono comorbidità e in contesti con risorse limitate.

### Conflitti d'interesse

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.

### Corrispondenza a:

Prof. Dr. Afif Nurul Hidayati, dr., Sp.DVE., Subsp. Ven  
Department of Dermatology Venereology and Aesthetic, Dr. Soetomo General Academic Hospital /  
Department of Dermatology Venereology and Aesthetic, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga  
Jalan Prof. Dr. Moestopo No. 6-8, Surabaya, Indonesia 60286  
e-mail: afif\_nurulhidayati@fk.unair.ac.id

### Bibliografia

- 1) Seyger MMB. Psoriasis: management. In: Hoeger P, Kinsler V, Yan A (eds.), *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*, Wiley Blackwell, Oxford, UK, 2020, pp. 368-75.
- 2) Morita A, Saeki H. Pediatric psoriasis: understanding pathological conditions and advances in treatment. *J Dermatol*. 2024;51(2):185-95.
- 3) Patra P, Harrison T, Khoury M. Challenges in diagnosis and treatment of pediatric psoriasis and atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res*. 2025;317(1):393.
- 4) Fatema F, Ghoshal L, Saha A, et al. Early-onset versus late-onset psoriasis: a comparative study of clinical variables, comorbidities, and association with HLA CW6 in a tertiary care center. *Indian J Dermatol*. 2021;66(6):705.
- 5) Sarkar S, Dhar S, Raychaudhuri SP. Childhood psoriasis: disease spectrum, comorbidities, and challenges. *Indian J Paediatr Dermatol* 2019;20(3):191-8.
- 6) Savulescu-Fiedler I, Mihalcea R, Dragosloveanu S, et al. The interplay between obesity and inflammation. *Life (Basel)*. 2024;14(7):856.
- 7) Xu C, Ji J, Su T, et al. The association of psoriasis and obesity: focusing on IL-17A-related immunological mechanisms. *Int J Dermatol Venereol*. 2021;4(2):116-21.
- 8) Katakam BK, Munisamy M, Rao TN, et al. Recom-

- mendations for management of childhood psoriasis. *Indian Dermatol Online J.* 2021;12(Suppl 1):S71-S85.
- 9) Peris K, Belloni Fortina A, Bianchi L, et al. Update on the management of pediatric psoriasis: an Italian consensus. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(8):1753-75.
  - 10) Menter A, Cordoro KM, Davis DMR, et al. Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(1):161-201.
  - 11) Siegfried EC, Arkin LM, Chiu YE, et al. Methotrexate for inflammatory skin disease in pediatric patients: consensus treatment guidelines. *Pediatr Dermatol*. 2023;40(5):789-808.
  - 12) Branisteanu DE, Georgescu S, Serban IL, et al. Management of psoriasis in children (Review). *Exp Ther Med*. 2021;22(6):1429.
  - 13) Brandling-Bennett HA, Arkin LM, Chiu YE, et al. Executive summary: consensus treatment guidelines for the use of methotrexate for inflammatory skin disease in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(6):1271-5.
  - 14) Bronckers IMGJ, Paller AS, West DP, et al. A comparison of psoriasis severity in pediatric patients treated with methotrexate vs biologic agents. *JAMA Dermatol*. 2020;156(4):384-92.
  - 15) Kim HO, Kang SY, Kim JC, et al. Pediatric psoriasis: from new insights into pathogenesis to updates on treatment. *Biomedicines*. 2021;9(8):940.
  - 16) Vata D, Tarcau BM, Popescu IA, et al. Update on obesity in psoriasis patients. *Life (Basel)*. 2023;13(10):1947.