

Psoríase na infância e na adolescência

Formas clínicas, gatilho estreptocócico, gravidade, comorbidades, tópicos por idade e local, sistêmicos e imunobiológicos com idades da Anvisa e o PCDT do MS

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A psoríase é doença inflamatória crônica e imunomediada, de diagnóstico **clínico** (SBP 2020): placas **bem delimitadas** com **escama grossa e prateada** em cotovelos, joelhos, couro cabeludo (além da linha do cabelo), umbigo e sulco interglúteo, e pits ungueais. Na criança são comuns a **gutata**, frequentemente após **faringite ou dermatite perianal estreptocócica**, a **invertida** e a da **área das fraldas**. A gravidade soma **superfície corporal (BSA)**, **local** e **qualidade de vida (CDLQI)**. A forma **leve** (●) fica com o pediatra: emoliente, corticoide tópico adequado à idade e ao local, calcipotriol e pesquisa de estreptococo na gutata. A **moderada a grave** (●) vai ao dermatologista. No SUS, o **etanercepte** é o biológico previsto de 6 a 18 anos (PCDT 2021). As formas **pustulosa generalizada** e **eritrodérmica** são **pronto-socorro** (●). Não prescreva corticoide sistêmico: a retirada desencadeia crises graves.

1. O que é e como se apresenta

Hiperproliferação epidérmica com inflamação por linfócitos T (eixo IL-23/IL-17), base genética e curso com remissões e recaídas (SBP 2020; PCDT 2021).

Gatilhos na criança (AAD-NPF 2020): estreptococo do grupo A na faringe ou na região perianal, estresse, **IMC elevado**, fumaça de cigarro, trauma na pele (**Koebner**), doença de Kawasaki, **retirada de corticoide sistêmico** e, paradoxalmente, anti-TNF.

Formas clínicas:

- **Em placas:** a mais comum (75% numa série brasileira citada pela SBP); placas menores e mais finas que no adulto, mais na face e nas dobras; sinal da vela e **de Auspitz**.
- **Gutata:** pequenas pápulas em gotas no tronco e na raiz dos membros, 1 a 3 semanas após estreptococcia; regride em semanas a meses, mas parte evolui para placas.
- **Invertida e da área das fraldas:** placas vermelho-vivo, brilhantes e bem delimitadas nas dobras, **resistentes ao tratamento habitual**. **Couro cabeludo:** placas espessas além da linha do cabelo.
- **Ungueal:** 10 a 40% das crianças; **pits**, leuconíquia, estrias, **onicólise**; mais frequente quando há artrite (SBP 2020).
- **Pustulosa** (localizada ou **generalizada**, esta muito grave, com febre; AEP) e **eritrodérmica** (quase toda a pele, com perda de calor e de líquidos).

Artrite psoriásica juvenil: 6 a 8% das AIJ; pode preceder a pele em anos. ILAR: artrite com psoríase, ou com 2 de dactilite, pits ou onicólise, psoríase em parente de 1º grau (SBP 2020; documento de AIJ do site).

2. Classificação de gravidade

BSA (palma da criança com os dedos $\approx$ 1%): **< 3%** leve, **3–10%** moderada, **> 10%** grave, ponderando local e qualidade de vida (AAD-NPF 2020). PCDT 2021: moderada a grave se **PASI > 10**, **BSA > 10%** ou **índice de qualidade de vida > 10**. O **CDLQI** (4–16 anos, 0–30) é a versão infantil do DLQI; PASI e BSA não são validados na criança (NICE).

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	BSA < 3%; sem acometimento importante de face, genitais, mãos, pés ou unhas; CDLQI $\leq$ 10; sem artrite; bom estado geral	Pediatra: emoliente, tópicos, pesquisa de estreptococo na gutata; retorno em 4 semanas e depois a cada 3 meses (sugestão do site)
● Moderada a grave	BSA $\geq$ 3% ou PASI > 10; CDLQI > 10; face, genitais, palmas e plantas ou $\geq$ 2 unhas; falha de 2–3 meses de tópico bem usado; pustulosa localizada; dúvida diagnóstica; artrite	Encaminhar com prioridade ao dermatologista (pediátrico quando houver); artrite: reumatologia pediátrica prioritária; manter os tópicos até a consulta
● Grave	Pustulosa generalizada (pústulas em lagos, febre, prostração); eritrodermia ($\geq$ 90% da pele); psoríase instável e rapidamente progressiva; febre ou sepse em uso de biológico ou imunossupressor; olho vermelho doloroso com fotofobia	Pronto-socorro no mesmo dia (NICE: avaliação especializada no mesmo dia); olho: encaminhar com urgência à oftalmologia

Fatores que elevam a gravidade: obesidade, tabagismo passivo, estreptococcias de repetição, retirada recente de corticoide sistêmico, lactente com pustulose ou eritrodermia, artrite (risco de uveíte), uso de metotrexato, ciclosporina ou biológico, impacto psicossocial importante.

3. Diagnóstico no consultório

Exame: couro cabeludo, **umbigo**, **sulco interglúteo**, genitais, **unhas**, **IMC**, **PA**, **articulações** (rigidez matinal, edema, dactilite, dor no calcanhar ou lombar) e olhos.

Exames: na maioria dos casos, **nenhum**. Pedir quando houver indicação:

- **Gutata:** teste rápido ou cultura de orofaringe, e swab perianal se houver eritema perianal. O antibiótico só é dado com a infecção confirmada (AAD-NPF 2020; AEP).
- **Placa anular ou unha duvidosa:** micológico direto e cultura antes do corticoide (Micoses superficiais).
- **Biópsia:** pelo especialista, quando há dúvida (SBP 2020).

Diferencial que não pode passar:

- **Dermatite atópica:** prurido intenso, bordas mal definidas, xerose, flexuras, atopia.
- **Dermatite seborreica:** lactente, escama amarelada e gordurosa que não ultrapassa a linha do cabelo (SBP 2020).
- **Tinha:** placa anular com borda ativa, contactantes, alopecia; confirmar com exame micológico. **Onicomicose:** poucas unhas, sem pits.
- **Fraldas:** candidíase (lesões satélites) e dermatite irritativa (dobras poupadas).
- **Gutata:** pitíriase rósea (medalhão), liquenoide e rubra pilar (SBP 2020).
- **Outras:** eczema numular, líquen plano, dermatomiosite, **sífilis secundária**, **histiocitose de Langerhans**; na pustulosa, reação a medicamento e síndrome da pele escaldada.

4. Tratamento e seguimento

Posição adotada: sem documento de tratamento da SBP, segue-se o **PCDT do Ministério da Saúde** (Portaria Conjunta nº 18/2021), com doses pediátricas da **AAD-NPF 2020**.

O que o pediatra faz:

1. **Explicar** que é doença crônica, **não contagiosa**, com recaídas; **emoliente** diário na pele toda (PCDT), sem arrancar as escamas.
2. **Tópico** por local e idade (tabela), 1 vez ao dia até clarear. Depois, reduzir para fins de semana e manter com emoliente (PCDT). Rever a adesão antes de trocar o tratamento (NICE).
3. **Gutata com estreptococo confirmado:** tratar conforme **Faringoamigdalite**: amoxicilina 50 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia) por 10 dias, ou penicilina G benzatina < 20 kg 600.000 UI e ≥ 20 kg 1.200.000 UI. Na forma perianal, seguir **Dermatite da área das fraldas**. O antibiótico trata a infecção, sem boa evidência de mudar a psoríase; amigdalectomia só se > 3 episódios com cultura positiva (AEP).
4. **Prurido:** anti-histamínico de **2ª geração** conforme idade e bula. **Os sedativos de 1ª geração não se usam**, salvo exceção social por curto período (padrão do site).
5. **Comorbidades (AAD-NPF 2020):**
 - **IMC** em toda consulta. Na obesidade, seguir **Obesidade e risco cardiometabólico**. Perder peso melhora a psoríase (PCDT).
 - **PA anual a partir de 3 anos.**
 - **Lipídios** entre 9 e 11 anos e entre 17 e 21 anos (triagem da AAP), antes se houver fator de risco.
 - **Glicemia ou HbA1c** na obesidade, a cada 3 anos, a partir da puberdade ou dos 10 anos.
 - **Saúde mental** em qualquer idade (ansiedade, depressão, bullying, substâncias).

- **Artrite:** perguntar e examinar em toda consulta.
- **Uveíte:** risco apenas na criança **com artrite**; não há triagem oftalmológica de rotina na psoríase só de pele (AAD-NPF). Na artrite psoriásica, seguir o documento de AIJ.
- **Doença inflamatória intestinal:** diarreia crônica ou sangue nas fezes, gastroenterologia pediátrica.

6. **Vacinas em dia** e vacinas vivas **antes** de sistêmico ou biológico, porque não se aplicam durante o uso (bulas; **Imunobiológicos em Pediatria**).

Tópicos:

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Hidrocortisona 1% (baixa)	Camada fina	1–2x/dia	Até 2 semanas (NICE)	Face, dobras, fraldas (Dermatite da área das fraldas)
Dexametasona 0,1% creme	Camada fina	1–3x/dia (PCDT)	< 30 dias; manutenção 2x/semana (PCDT)	Face, dobras e genitais (PCDT); NICE: máx. 2 semanas nesses locais
Média potência (ex. mometasona 0,1%)	Camada fina	1x/dia	Até 4 semanas, depois fins de semana	Tronco, membros, couro cabeludo; fora do PCDT; idade pela bula (AEDV: > 2 anos)
Clobetasol 0,05% creme ou solução capilar	Só em placas espessas	1x/dia	< 30 dias, manutenção 2x/semana; máx. 50 g/semana (PCDT)	Fora de face, dobras e genitais; contraindicado < 1 ano (PCDT); na criança, o menor tempo (AAD-NPF: 2 semanas)
Calcipotriol 50 mcg/g pomada	Camada fina	2x/dia no início, 1x na manutenção (PCDT; bula)	Contínuo	Bula brasileira: uso adulto, máx. 100 g/semana; na criança, ≥ 6 anos e máx. 50 g/semana (6–12 anos) e 75 g/semana (> 12) (AEP)
Tacrolimo pomada 0,03% (2–15 anos) ou 0,1% (≥ 16)	Camada fina	2x/dia	Até o controle	Off-label ; face e genitais (AAD-NPF); idades pela bula
Xampu de coaltar	Deixar minutos e enxaguar	2–3x/semana	Contínuo	Couro cabeludo (AAD-NPF)

Do especialista (o pediatra conhece e monitora):

- **Fototerapia UVB de banda estreita** na placa ou gutata moderada a grave (AAD-NPF; NICE); o PCDT pede evitar na criança e deixa a PUVA para > 12 anos; AEDV a partir de 8 anos.
- **Sistêmicos:** metotrexato, ciclosporina e acitretina são primeira linha na criança (PCDT).
Biológico no SUS: só **etanercepte**, 6–18 anos, após falha da terapia padrão (PCDT 2021).
- **Antes de iniciar:** hemograma, função renal e hepática, **PPD ou IGRA**, sorologias para hepatites B e C e HIV, teste de gravidez na adolescente (PCDT; AAD-NPF).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Metotrexato VO ou SC	0,2–0,7 mg/kg/semana (máx. 25 mg/semana)	1x por semana	Meses	PCDT; AAD-NPF; off-label; ácido fólico; hemograma e ALT
Ciclosporina	2–5 mg/kg/dia (AAD-NPF; PCDT 1,5–5)	12/12 h	6 semanas a 2 anos (PCDT)	Crise pustulosa ou eritrodérmica; PA e creatinina
Acitretina	≈ 0,5 mg/kg/dia , até 1 mg/kg/dia por curto período; máx. 35 mg/dia (bula)	1x/dia	Meses	Teratogênica: contracepção 30 dias antes, durante e 3 anos após (bula); lipídios, ALT, idade óssea anual (PCDT)
Etanercepte SC	0,8 mg/kg (máx. 50 mg)	1x/semana	Até 24 semanas; suspender se não houver resposta em 12	Bula: ≥ 6 anos, máx. 24 semanas por ciclo; PCDT 6–18 anos (50 mg/semana acima de 62,5 kg)
Adalimumabe SC	0,8 mg/kg (máx. 40 mg; AAD-NPF)	Semanas 0 e 1, depois a cada 2	Contínuo	Bula brasileira: psoríase só em adultos; Europa ≥ 4 anos (AEDV)
Ustequinumabe SC	< 60 kg: 0,75 mg/kg; 60–100 kg: 45 mg; > 100 kg: 90 mg	Semanas 0 e 4, depois a cada 12	Contínuo	Bula: > 6 anos
Secuquinumabe SC	< 50 kg: 75 mg; ≥ 50 kg: 150 mg (até 300)	Semanas 0 a 4, depois mensal	Contínuo	Bula: ≥ 6 anos
Ixequizumabe SC	160 mg na semana 0, depois 80 mg	A cada 4 semanas	Contínuo	Bula brasileira: > 6 anos e > 50 kg; AEDV: ≥ 25 kg

Não fazer: corticoide sistêmico (a retirada desencadeia pustulosa ou eritrodermia; AAD-NPF); corticoide potente em face, dobras ou genitais (NICE; PCDT); clobetasol prolongado ou extenso (supressão adrenal); corticoide em placa anular sem excluir tinha; antibiótico sem confirmar o estreptococo; vacina viva em uso de biológico ou imunossupressor.

Seguimento: ● retorno em 4 semanas e depois a cada 3 meses, com BSA, local, CDLQI, IMC, PA, articulações e humor (sugestão do site). Quem usa corticoide tópico de qualquer potência tem **revisão ao menos anual** em busca de atrofia (NICE). Em uso de sistêmico ou biológico, o acompanhamento é conjunto: o pediatra cuida de infecções, crescimento, vacinas e exames.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Pustulosa generalizada** (risco de desidratação, hipocalcemia, hipoalbuminemia e sepse) e **eritrodermia** ($\geq 90\%$ da pele, com hipotermia ou febre, edema, desidratação).
- Psoríase instável e rapidamente progressiva, sobretudo após parar corticoide sistêmico.
- **Febre** ou infecção grave em uso de biológico, metotrexato ou ciclosporina; úlceras orais, sangramento ou palidez em uso de metotrexato.
- Suspeita de reação grave a medicamento; olho vermelho doloroso com fotofobia (encaminhar com urgência à oftalmologia).

Como encaminhar:

1. Sinais vitais, perfusão, hidratação e temperatura; proteger do frio; glicemia no lactente.
2. **Acesso venoso** e hidratação se houver desidratação ou má perfusão. Oxigênio para manter **SpO₂ $\geq$ 94%** se houver desconforto ou sinais de sepse (padrão do site).
3. Antitérmico nas doses do site: dipirona 10–12 mg/kg/dose ou paracetamol 10–15 mg/kg/dose. **Evitar ibuprofeno** na criança desidratada.
4. **Não iniciar corticoide sistêmico** nem aplicar clobetasol em área extensa.
5. Contato prévio com o serviço; SAMU (192) se instável. **Relatório** com forma, extensão, gatilhos, medicamentos e doses, vacinas e exames.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Psoríase não pega; vem e vai. Hidratante todos os dias. A pomada forte não vai no rosto nem nas dobras. Nunca dê corticoide por boca ou injeção sem falar conosco."
- "Dor de garganta com febre pode piorar as manchas: traga para examinar antes de dar antibiótico."
- "Avise se houver dor ou inchaço nas juntas, dedo inchado, rigidez ao acordar, tristeza ou apelidos na escola."
- **Pronto-socorro se:** bolinhas de pus espalhadas com febre, pele vermelha no corpo quase todo, calafrios, prostração, pouca urina; febre em quem usa injeção para psoríase ou metotrexato; olho vermelho e dolorido.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico e gravidade	Clínico; biópsia se dúvida	PASI, BSA, DLQI > 10	Sem diretriz própria; AAD-NPF: BSA 3% e 10%	CDLQI; PASI não validado	AEDV: ≥ 10 ou locais especiais	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Gutata e estreptococo	Sem posição específica	Sem posição específica	AAD-NPF: anti-biótico se cultura positiva	Fototerapia se tópico falhar	Cultura; amigdalectomia se > 3 episódios	—	—	Segue o NICE
Tópicos	Sem posição específica	Clobetasol (não < 1 ano); dexametasona em face e dobras	AAD-NPF: muito potente por curto prazo	Nunca muito potente na criança	Calcipotriol > 6 anos, 50–75 g/semana	—	—	Segue o NICE
Sistêmicos e biológicos	Sem posição específica	MTX, ciclosporina, acitretina; etanercepte 6–18 anos	AAD-NPF: etanercepte ≥ 6; ustekinumabe ≥ 12	MTX 1ª escolha; biológico se PASI ≥ 10	AEDV: biológicos ≥ 6; adalimumabe ≥ 4	—	—	Segue o NICE
Encaminhamento	Sem posição específica	Sem posição específica	AAD-NPF: artrite e uveíte ao especialista	Toda criança ao especialista; pustulosa no mesmo dia	Moderada a grave ao especialista	—	—	Segue o NICE

Leitura: há concordância no diagnóstico clínico, na triagem de artrite, obesidade, risco cardiometabólico e saúde mental, e na urgência da pustulosa generalizada e da eritrodermia. Divergem o **corticoide muito potente** (o NICE proíbe na criança, a AAD-NPF aceita curto prazo, a AEDV a partir de 2 anos e o PCDT inclui o clobetasol a partir de 1 ano), o **encaminhamento** (o NICE envia toda criança ao especialista) e as **idades dos biológicos** (adalimumabe ≥ 4 anos na Europa, só adultos na bula brasileira; ixequizumabe no Brasil só > 50 kg; no SUS, só etanercepte). Como a SBP não tem posição sobre gravidade e tratamento, **o site adota a SBP no diagnóstico e o PCDT do Ministério da Saúde no tratamento:** o pediatra trata a forma leve, usa o clobetasol com cautela (curto prazo, fora de face, dobras e genitais, nunca abaixo de 1 ano) e encaminha as formas moderadas e graves.

PONTOS PRÁTICOS

1. Placa bem delimitada, couro cabeludo além da linha do cabelo, umbigo, sulco interglúteo e pits: pense em psoríase; na placa anular, exclua tinha.
2. Gutata: pesquise o estreptococo e trate só se positivo.
3. Baixa potência na face, dobras e fralda; média no tronco e membros; clobetasol só por curto prazo, nunca < 1 ano; calcipotriol ≥ 6 anos.
4. Nunca corticoide sistêmico.
5. Em toda consulta: IMC, PA, articulações e humor.
6. Pustulosa, eritrodermia ou febre em uso de biológico ou metotrexato: pronto-socorro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Dermatite seborreica e dermatite de contato na criança** (nesta área); **Dermatite atópica no consultório**, **Dermatite da área das fraldas**, **Faringoamigdalite (viral × estreptocócica)**, **Micoses superficiais**, **Obesidade e risco cardiometabólico** e **Ansiedade e depressão na infância e adolescência**; **Artrite Idiopática Juvenil** e **Artrites na Criança** (Reumatologia) e **Imunobiológicos em Pediatria**.

8. Fontes

- SBP, Departamentos Científicos de Dermatologia e de Reumatologia. Manifestações cutâneas das principais doenças reumatológicas pediátricas. Documento Científico nº 9, 2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, Conitec. PCDT da Psoríase — Portaria Conjunta nº 18, de 14/10/2021. [PDF](#)
- Menter A et al. Joint AAD–NPF guidelines for psoriasis in pediatric patients. J Am Acad Dermatol, 2020;82(1):161-201. [PDF](#)
- NICE. Psoriasis — assessment and management (CG153), 2012, com recomendações atualizadas até 2025. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. Psoriasis en la infancia. Anales de Pediatría Continuada, 2014. [elsevier.es](https://www.elsevier.es)
- AEDV (GPS e GEDP). Documento de consenso sobre el manejo de la psoriasis pediátrica. Actas Dermo-Sifiliográficas, 2025. actasdermo.org
- Bulas brasileiras: Daivonex [PDF](#); Neotigason [PDF](#); Enbrel, 2025 [PDF](#); Stelara [PDF](#); Cosentyx, 2026 [PDF](#); Taltz [PDF](#); Humira bula.com.br; Guia HSL hsl.org.br
- Anvisa. Cosentyx — nova indicação pediátrica, 2021. gov.br/anvisa

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.