



Derma
experiencias

Libro recopilatorio

Concurso de casos clínicos de psoriasis

2023



© Almirall, 2023. Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los titulares del copyright.

ISBN: 978-84-126118-7-8

Contenido

Ilumetri[®]

Skilarence[®]

Wynzora[®]



Ilumetri®

Índice

01. Respuesta a tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a adalimumab y eccema de contacto alérgico a parafenilendiamina.....	7
02. Eficacia sostenida de tildrakizumab en paciente multirrefractario, con reacción eccematosa paradójica limitada en el tiempo ..	16
03. Ilumetri® como una opción efectiva, rápida y segura en un paciente con antecedente de carcinoma neuroendocrino apendicular .	24
04. Reacción paradójica psoriasiforme por adalimumab resuelta con tildrakizumab	31
05. Tildrakizumab y psoriasis: un tratamiento rápido, eficaz y seguro a largo plazo en ancianos frágiles.....	37
06. La psoriasis me trae de cabeza	43
07. Tildrakizumab en una paciente con psoriasis en placas de moderada a grave y antecedentes de carcinoma de cérvix: una alternativa segura y eficaz.....	50
08. Psoriasis en placas de moderada a grave y liquen plano con tildrakizumab.....	58
09. Psoriasis en placas de moderada a grave en mujer de edad avanzada con pluripatología	65
10. Masa pulmonar en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave	71
11. Ilumetri®: una opción excelente tras fracaso a anti-TNF	78
12. Una piel nueva, una vida nueva.....	87
13. Psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a otras terapias biológicas, tildrakizumab al rescate.....	97
14. “Doctora, se me olvida pincharme”	108
15. Cuando la posología importa	113
16. Un paciente complejo	123
17. Tildrakizumab en paciente frágil y revisión de las características de la psoriasis en pacientes de raza negra	129
18. Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave resistente a otros tratamientos e infección tuberculosa latente	138



19.	Psoriasis grave con afectación de manos y uñas con alto impacto en la calidad de vida: tildrakizumab como opción terapéutica	144
20.	Psoriasis en placas de moderada a grave que simula pitiriasis rubra pilar con excelente respuesta a tildrakizumab	156
21.	Psoriasis en placas de moderada a grave con severa afectación ungueal	164
22.	Eficacia y seguridad de tildrakizumab en el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en un paciente con infección por VIH	172
23.	Tildrakizumab: nuevo paciente superrespondedor	178
24.	Reporte de un caso de psoriasis en placas de moderada a grave tratado con tildrakizumab durante 36 semanas	184
25.	Eficacia y seguridad de tildrakizumab en un paciente con antecedente de neoplasia y leishmaniasis	191
26.	Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave extensa e infección tuberculosa latente	198
27.	Ilumetri®: aliado en la adherencia al tratamiento de pacientes con psoriasis	204
28.	Cambiando el pronóstico de los pacientes con cáncer y psoriasis	211
29.	Una opción segura y efectiva incluso en los casos más difíciles	216
30.	Iluminando la calidad de vida	220
31.	Salvada por la campana: tildrakizumab como último recurso exitoso en paciente refractaria a múltiples tratamientos	226
32.	Psoriasis en placas de moderada a grave en paciente de edad avanzada con excelente respuesta a tildrakizumab	236
33.	Cuchicheos en el vestuario	242
34.	Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave asociada a comorbilidades con fallo a múltiples terapias previas	250
35.	Psoriasis: los detalles importan	260
36.	Psoriasis en tratamiento con tildrakizumab en paciente oncológico	267
37.	Efectividad y seguridad de tildrakizumab en paciente con psoriasis y hepatitis B crónica	278
38.	Psoriasis y tildrakizumab en una paciente de edad avanzada. A propósito de un caso	285

Respuesta a tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a adalimumab y eccema de contacto alérgico a parafenilendiamina

Diego de la Vega Ruiz, Arantxa Muñiz de Lucas, Marta Menéndez Sánchez, Giulia Greta Dradi, Enrique Gómez de la Fuente

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (Alcorcón, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

La psoriasis y el eccema de contacto alérgico son dos entidades diferentes pero que pueden coexistir en el mismo paciente. Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 40 años con diagnóstico de psoriasis en placas de moderada a grave y eccema de contacto por sensibilización a parafenilendiamina sin mejoría tras tratamiento con fármacos tópicos, metotrexato y adalimumab, pero con excelente respuesta y casi aclaramiento de ambas entidades tras tratamiento con tildrakizumab.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tildrakizumab; dermatitis alérgica de contacto



Anamnesis

Mujer de 40 años con diagnóstico de psoriasis vulgar desde los 25 años y eccema de contacto alérgico (ECA) por sensibilización a parafenilendiamina (PPD) de diagnóstico reciente mediante pruebas epicutáneas. La paciente trabajaba como peluquera con manejo de tintes de pelo a los que estaba sensibilizada.

En cuanto a su psoriasis vulgar, la enfermedad cursaba en brotes que había controlado con varios ciclos de fototerapia con rayos UVB de banda estrecha y con corticoides tópicos. Sin embargo, nuestra paciente acude de nuevo por ausencia de respuesta a los tratamientos habitualmente empleados, llegando a presentar hasta un 40% de la superficie corporal total (BSA) afectada. Desde entonces, la paciente ha estado en tratamiento con metotrexato, que se suspende por falta de eficacia, y con adalimumab, que se suspende a las 18 semanas de tratamiento por ausencia de control e incluso empeoramiento, alcanzando un 50% de BSA, un índice de severidad del área de psoriasis (PASI) del 19,7 e índice de calidad de vida (DLQI) de 12.

Centrándonos en su ECA, a pesar de los tratamientos previamente mencionados y de usar medidas de protección (guantes, lavado de manos periódico...), persistían lesiones eccematosas en pulpejos de dedos de ambas manos, sobre todo la mano izquierda. Se planteó la posibilidad de cambiar de profesión, pero fue imposible y la paciente continuó manejando tintes de pelo a los que estaba sensibilizada.

Exploración

Estando en tratamiento con adalimumab la paciente presentaba placas eritematosas infiltradas con descamación blanconacarada de bordes bien definidos, distribuidas en cuero cabelludo, retro y preauricular, párpados, antebrazos, codos, abdomen, espalda y miembros inferiores (**Figura 1**). A nivel de ambas manos, se evidencia fisuración e inflamación del pulpejo y de la cara dorsal de los dedos (**Figura 2**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave y eccema de contacto alérgico a parafenilendiamina.



Tratamiento

Ante esta situación se inicia tratamiento con tildrakizumab en pauta de 100 miligramos subcutáneos en la semana 0, 4 y posteriormente cada 12 semanas.

Evolución

La paciente acude a revisión en la semana 16 tras inicio de tildrakizumab habiendo recibido en total 2 dosis. Presentaba gran mejoría y práctica resolución tanto de las lesiones de psoriasis, con reducción del PASI a 1 y del DLQI a 2 (**Figura 3**), como de las lesiones eccematosas a nivel de pulpejo de las manos (**Figura 4**), lo que le ha permitido a la paciente seguir trabajando en su profesión habitual como peluquera con una calidad laboral más que favorable.

Conclusión

La psoriasis y el ECA son dos enfermedades distintas pero que pueden coexistir en el mismo paciente, sin embargo, se discute acerca de la prevalencia del ECA en pacientes con psoriasis. Mientras algunos autores como Bangsgaard et al.¹ concluyen que existe una relación inversa entre estar diagnosticado de psoriasis y presentar un resultado positivo en las pruebas epicutáneas, otros autores como Alwan et al.², realizan un análisis retrospectivo en más de 2.349 pacientes en un periodo de 30 años y demuestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de ECA entre pacientes con o sin diagnóstico de psoriasis.

Es bien conocido que las células implicadas en la psoriasis son linfocitos de tipo Th1 y Th17. Sin embargo, en el ECA, aunque clásicamente se ha relacionado también con un perfil Th1 y Th17, se hipotetiza que exista una respuesta inmune diferente en función del alérgeno implicado³. En un estudio llevado a cabo por Rothe et al. en ratones expuestos a PPD, no son capaces de obtener resultados a favor de una respuesta Th2, sino más bien de tipo Th1⁴.



Aunque no hemos encontrado en la literatura médica actual ningún artículo que implique el tratamiento con fármacos inhibidores de interleucinas en pacientes con diagnóstico de psoriasis y ECA, en un estudio llevado a cabo por Bechara et al.⁵ observaron que la exposición al níquel producía una respuesta inmune de tipo Th17 dependiente principalmente de IL-23, hecho que podría explicar la respuesta de nuestro paciente a tildrakizumab.

En conclusión, el presente caso ilustra una paciente con diagnóstico de psoriasis en placas de moderada a grave y ECA a PPD refractarios a tratamientos tópicos, metotrexato y adalimumab, pero con excelente respuesta de ambas entidades a tildrakizumab. De esta forma queremos destacar el posible papel terapéutico de los inhibidores de IL-23 en el tratamiento de pacientes con psoriasis y ECA y la necesidad de diseñar nuevos estudios y de mayor calidad.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas en brazo izquierdo (A), brazo derecho (B), preauricular izquierda (C) y miembros inferiores (D).



FIGURA 2. Eccema agudo con gran supuración asociada en dorso de mano izquierda (A) y en pulpejo de dedos (B). Eccema subagudo en dorso de mano izquierda (C).

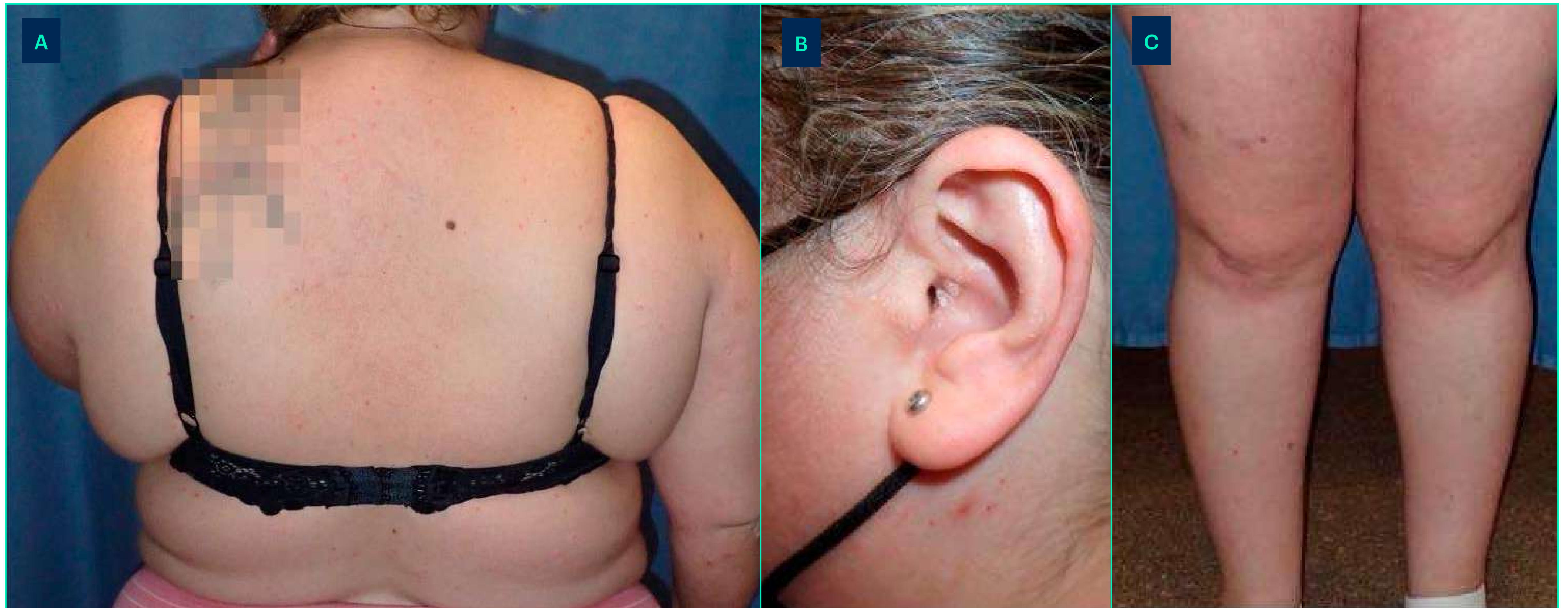


FIGURA 3. Aclaramiento de las lesiones de psoriasis en espalda y miembros superiores (A), en región preauricular izquierda (B) y en miembros inferiores (C).

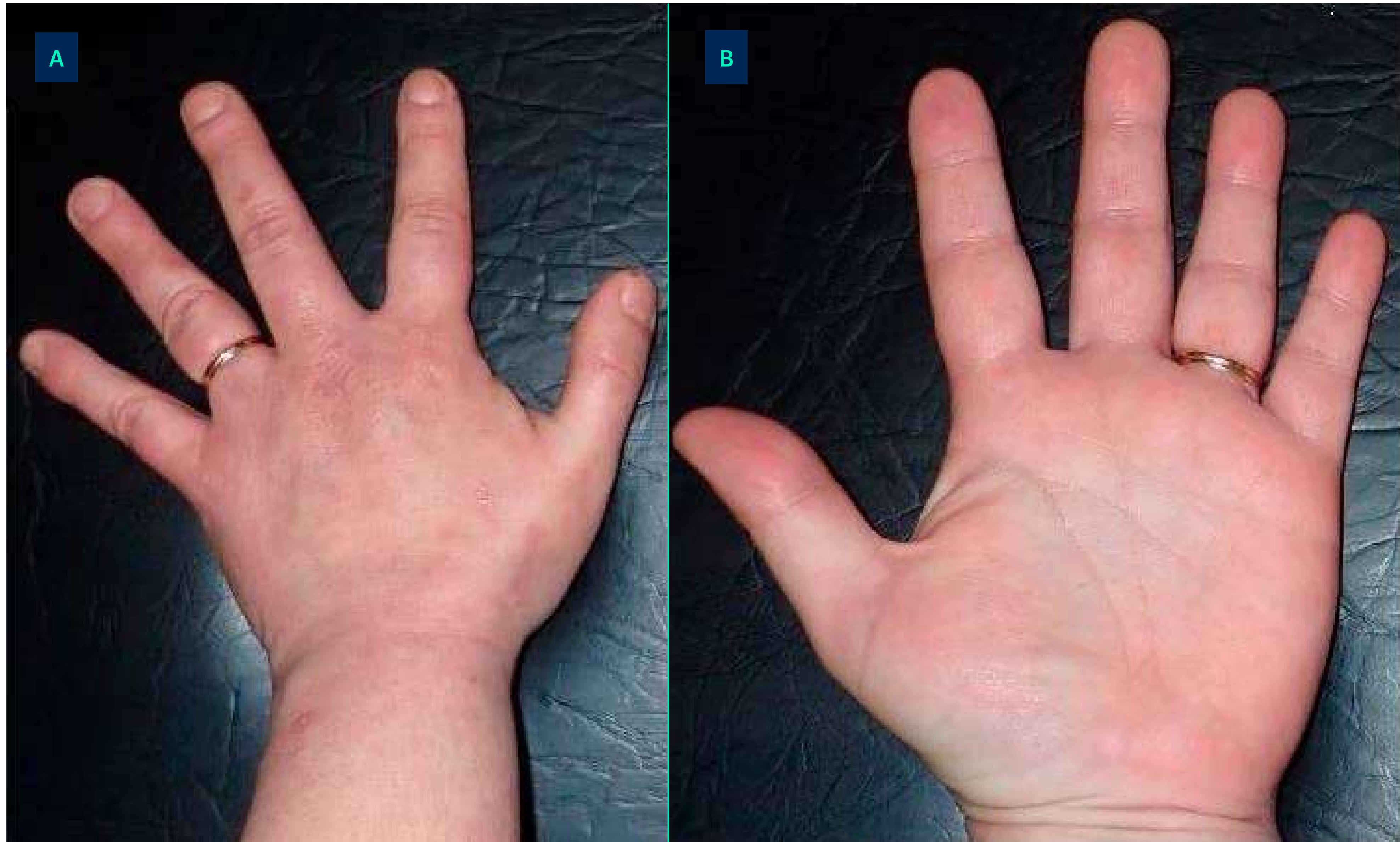


FIGURA 3. Resolución completa del eccema de contacto alérgico en dorso (A) y palma (B) de mano izquierda.



Bibliografía

1. Bangsgaard N, Engkilde K, Thyssen JP, Linneberg A, Nielsen NH, Menné T, et al. Inverse relationship between contact allergy and psoriasis: Results from a patient- and a population-based study. *Br J Dermatol*. 2009;161(5):1119–23. doi:[10.1111/j.1365-2133.2009.09314.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09314.x)
2. Alwan W, Lynch M, McFadden J, White IR, Banerjee P. Patch testing in patients with psoriasis: results of a 30-year retrospective study. *Br J Dermatol*. 2018;178(2):559–60. doi:[10.1111/bjd.15730](https://doi.org/10.1111/bjd.15730)
3. Larsen JM, Bonefeld CM, Poulsen SS, Geisler C, Skov L. IL-23 and TH17-mediated inflammation in human allergic contact dermatitis. *J Allergy Clin Immunol [Internet]*. 2009;123(2):486-492.e1. doi:[10.1016/j.jaci.2008.09.036](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2008.09.036)
4. Rothe H, Sarlo K, Scheffler H, Goebel C. The hair dyes PPD and PTD fail to induce a TH2 immune response following repeated topical application in BALB/c mice. *J Immunotoxicol*. 2011;8(1):46–55. doi:[10.3109/1547691X.2010.543096](https://doi.org/10.3109/1547691X.2010.543096)
5. Bechara R, Antonios D, Azouri H, Pallardy M. Nickel Sulfate Promotes IL-17A Producing CD4+ T Cells by an IL-23-Dependent Mechanism Regulated by TLR4 and Jak-STAT Pathways. *J Invest Dermatol [Internet]*. 2017;137(10):2140–8. doi:[10.1016/j.jid.2017.05.025](https://doi.org/10.1016/j.jid.2017.05.025)

Eficacia sostenida de tildrakizumab en paciente multirrefractario, con reacción eccematosa paradójica limitada en el tiempo

Francisco José Rodríguez Cuadrado, Mercedes Hospital Gil, Marta Elosua González, Marta Loro Pérez, Juan Luis Castaño Fernández

Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 79 años con psoriasis en placas de moderada a grave de más de 20 años de evolución, que previamente había recibido múltiples tratamientos que fueron suspendidos por falta de eficacia, pérdida progresiva de respuesta o acontecimiento de efectos adversos (fototerapia, acitretina, adalimumab, metotrexato, apremilast, ixekizumab, brodalumab), inicia tildrakizumab en diciembre de 2019.

Al inicio del tratamiento, el paciente presentaba PASI 15, BSA 20, PGA 3-4 y DLQI 15. A las 8 semanas de tratamiento muestra una respuesta clínica favorable. No obstante, a los 7 meses desarrolla una reacción eccematosa paradójica, con histología compatible con la sospecha clínica. Se realizan pruebas epicutáneas (batería estándar + excipientes de la solución de tildrakizumab), con resultado negativo. Se efectúa pauta corta de corticoterapia oral, con resolución temprana de las lesiones y sin recurrencias pese al mantenimiento de tildrakizumab.

Tras 3 años de tratamiento con tildrakizumab, el paciente mantiene una respuesta óptima (PASI 0) y no ha presentado nuevos episodios de eccema paradójico ni otras reacciones adversas.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; anti-IL23; tildrakizumab; dermatitis alérgica de contacto; reacción paradójica; eccema



Anamnesis

Varón de 79 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y dislipemia, que presenta psoriasis en placas de moderada a grave de más de 20 años de evolución. Previamente había recibido varios tratamientos, que por diversos motivos tuvieron que ser suspendidos:

- Fototerapia UVB-banda estrecha (8/2011-2/2012): escasa eficacia.
- Acitretina (2/2012-9/2012): alteración del perfil hepático y respuesta parcial.
- Adalimumab (11/2012-6/2013): astenia y aparición de policondritis recidivante de origen incierto.
- Metotrexato (6/2013-8/2013): mala tolerancia digestiva.
- Nueva pauta de acitretina (8/2013-2/2017): pérdida de respuesta progresiva y xerosis.
- Apremilast (3/2017-4/2018): pérdida progresiva de respuesta y mala tolerancia digestiva.
- Ixekizumab (5/2018-6/2019): empeoramiento a nivel de pliegues (psoriasis invertida) y aparición de lesiones eczematosas en tronco, cuello y cuero cabelludo, con sobreinfección bacteriana secundaria.
- Brodalumab (6/2019-9/2019): respuesta parcial, aparición de lesiones eczematosas y episodio de candidiasis esofágica. En diciembre de 2019, el paciente presenta un importante empeoramiento de su psoriasis (**Figura 1**).

Exploración

Tras los referidos tratamientos, en la visita del 19 de diciembre de 2019, el paciente presenta placas eritematoescamosas en codos (infiltradas y de tono nacaradomicáceo), cara interna de miembros inferiores a nivel proximal, dorso de manos y abdomen.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave, con importante afectación de la calidad de vida. PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*): 15. BSA (*Body Surface Area*): 20. PGA (*Physician Global Assessment*): 3-4. DLQI (*Dermatology Life Quality Index*): 15.



Tratamiento

El 19 de diciembre de 2019 el paciente inicia tildrakizumab 100 mg solución inyectable en jeringa precargada, vía subcutánea, según ficha técnica (inducción semanas 0 y 4, mantenimiento cada 12 semanas).

La respuesta clínica resulta favorable a partir de las 8 semanas de tratamiento. No obstante, en julio de 2020 (a los 7 meses del inicio del tratamiento), el paciente comienza a presentar lesiones extensas ecematosas liquenificadas y muy pruriginosas en región cervical, cara externa de miembros superiores a nivel distal, cara interna de miembros inferiores a nivel distal y dorso de manos (Figura 2).

Se realiza biopsia cutánea de una de las lesiones de nueva aparición, con resultado histopatológico de dermatitis espongiótica compatible con eccema paradójico.

Ante la mejoría de las lesiones de psoriasis, se decide mantenimiento de tildrakizumab y administración de ciclo corto en pauta descendente de corticoterapia oral (deflazacort).

Evolución

El paciente responde favorablemente al ciclo de corticoterapia oral. Se realizan pruebas epicutáneas para valorar la existencia de una dermatitis alérgica de contacto, dado el episodio de eccema subagudo que también aconteció con la administración de ixekizumab y brodalumab.

Tras contactar con el laboratorio farmacéutico, quien facilita los excipientes de la solución de tildrakizumab (1-Polisorbato 80 5%; 2-Polisorbato 80 10%; 3-L-Histidina 2%; 4-L-Histidina 5%; 5-L-Histidina 10%), se realizan las pruebas epicutáneas con batería estándar del GEIDAC (Grupo Español de Investigación en Dermatitis Alérgica y de Contacto) y dichos excipientes. La lectura a las 48 horas y a las 96 horas es negativa.

Después de ese episodio, resuelto con deflazacort oral, el paciente no ha presentado nuevos brotes de eccema. Asimismo, el paciente se mantiene desde agosto de 2020 hasta el presente (enero de 2023) con PASI 0, BSA 0, PGA 0 y DLQI 1, con pauta de tildrakizumab cada 12 semanas en monoterapia (Figura 3).



Conclusión

Aunque intentamos diferenciar todas las posibles vías moleculares implicadas en la patogenia de las enfermedades dermatológicas, lo cierto es que la respuesta inmunológica en las enfermedades inmunomediadas es compleja y aún no completamente definida.

Las patologías cutáneas inflamatorias constituyen un espectro tanto clínico como histopatológico. Se han descrito hasta 6 respuestas inmunológicas implicadas en dicho grupo de patologías (liquenoide, eczematosas, psoriásica, granulomatosa, ampollosa, fibrogénica), y en muchos casos las citocinas involucradas se hallan estrechamente interrelacionadas¹.

Las reacciones paradójicas no son infrecuentes con el uso de fármacos biológicos. Parece que el sustrato fisiopatológico que subyace en estos casos es un cambio en el patrón de respuesta inmunológica entre las anteriormente mencionadas (por ejemplo, de una respuesta predominantemente Th1 a una respuesta predominantemente Th2)². Si bien el prototipo de reacción paradójica cutánea es precisamente la psoriasis inducida por anti-TNF α , se identifican también reacciones eczematosas, liquenoides, granulomasas o neutrofílicas tanto por dicho grupo farmacológico como por los demás^{2,3}.

Concretamente, las reacciones paradójicas eczematosas en pacientes con psoriasis están descritas con el uso de todos los grupos de fármacos biológicos (anti-TNF α , anti-IL12/23, anti-IL17 y anti-IL23)³⁻⁵. No obstante, parece que los anti-IL23 serían los fármacos que con menor frecuencia producirían este tipo de reacciones⁵. El tratamiento suele basarse en la administración de corticoterapia tópica y/o sistémica, aunque en numerosas ocasiones se requiere la discontinuación del fármaco causante^{4,5}.

Hasta el momento, no se han documentado en la literatura casos de reacción eczematosas paradójica tras administración de tildrakizumab. Es preciso destacar que el paciente ya había desarrollado el mismo tipo de reacción con dos fármacos contra una diana molecular diferente (anti-IL17). Por último, mencionar que fue suficiente con un ciclo corto de corticoterapia oral para la resolución completa del cuadro sin necesidad de suspender tildrakizumab, fármaco que 3 años después desde su inicio mantiene al paciente con aclaramiento completo (PASI 0) después de la respuesta insatisfactoria a sistémicos clásicos, anti-TNF α , anti-PDE4 y anti-IL17.



FIGURA 1. Psoriasis en placas de moderada a grave de más de 20 años de evolución.



FIGURA 2. A los 7 meses del inicio del tratamiento, el paciente comienza a presentar lesiones extensas ecematosas liquenificadas y muy pruriginosas en región cervical, cara externa de miembros superiores a nivel distal, cara interna de miembros inferiores a nivel distal y dorso de manos.



FIGURA 3. PASI 0, BSA 0, PGA 0 y DLQI 1, con pauta de tildrakizumab cada 12 semanas en monoterapia.



Bibliografía

1. Eyerich K, Eyerich S. Immune response patterns in non-communicable inflammatory skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018; 32(5): 692-703. doi:[10.1111/jdv.14673](https://doi.org/10.1111/jdv.14673)
2. Garcovich S, De Simone C, Genovese G, Berti E, Cugno M, Marzano AV. Paradoxical Skin Reactions to Biologics in Patients With Rheumatologic Disorders. *Front Pharmacol*. 2019; 10: 282. doi:[10.3389/fphar.2019.00282](https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00282)
3. Miyagawa F. Pathogenesis of Paradoxical Reactions Associated with Targeted Biologic Agents for Inflammatory Skin Diseases. *Biomedicines*. 2022; 10(7): 1485. doi:[10.3390/biomedicines10071485](https://doi.org/10.3390/biomedicines10071485)
4. Al-Janabi A, Foulkes AC, Mason K, Smith CH, Griffiths CEM, Warren RB. Phenotypic switch to eczema in patients receiving biologics for plaque psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34(7): 1440-1448. doi:[10.1111/jdv.16246](https://doi.org/10.1111/jdv.16246)
5. Murphy MJ, Cohen JM, Vesely MD, Damsky W. Paradoxical eruptions to targeted therapies in dermatology: A systematic review and analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2022; 86(5): 1080-1091. doi:[10.1016/j.jaad.2020.12.010](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.12.010)

Ilumetri® como una opción efectiva, rápida y segura en un paciente con antecedente de carcinoma neuroendocrino apendicular

Marcial Álvarez Salafranca, Isabel Martínez Pallás

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

RESUMEN

Paciente varón de 33 años, con antecedente de un carcinoma neuroendocrino de apéndice cecal y psoriasis en placas de moderada a grave con importante repercusión en el ámbito laboral. El tratamiento con Ilumetri® en nuestro paciente ha permitido un rápido control de su psoriasis, alcanzando un PASI absoluto de 0, manteniéndose en remisión de su enfermedad oncológica.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; Ilumetri®; tildrakizumab; neoplasia; cáncer; tumor neuroendocrino



Anamnesis

Varón de 33 años, fontanero de profesión, con antecedente de carcinoma neuroendocrino bien diferenciado del apéndice cecal (pT2pNxM0, AJCC/IUCC, TNM 8th edition) e intervenido quirúrgicamente en diciembre de 2017. Sin otros antecedentes de interés, el paciente se encontraba en seguimiento por parte de Dermatología por psoriasis vulgar en placas sin artropatía. Habiendo realizado tratamiento con metotrexato en 2016, inició tratamiento sistémico con acitretina 25 mg en octubre de 2019 con un PASI de 4,5, siendo suspendido en febrero de 2020 por falta de eficacia, con progresión a un PASI de 8. En este contexto, se inicia de nuevo metotrexato a dosis de 12,5 mg, que se mantendrá de forma intermitente, dado el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, hasta enero del año 2022, con un control parcial de la enfermedad cutánea pese a complementarlo con tratamiento tópico (espuma de betametasona/calcipotriol). El paciente refería una intensa afectación de la psoriasis para su desempeño habitual, con dolor importante al apoyar las rodillas en el suelo, algo que tiene que realizar de forma cotidiana.

Exploración

En el momento de la consulta, en enero de 2022, el paciente presentaba una extensa afectación por su psoriasis, en forma de placas eritematodescamativas a nivel de ambas regiones pretibiales, rodillas, antebrazos y codos, con intenso eritema y, sobre todo, un marcado engrosamiento e hiperqueratosis [BSA (*Body Surface Area*): 7%; PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*): 8, PGA (*Physician Global Assessment*): 5] (**Figura 1A-C**). El cuestionario para cribado de artropatía psoriásica PURE-4 (*Psoriatic arthritis Uncluttered screening Evaluation*), en su versión validada en castellano, fue de 0 puntos.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave con impacto funcional relevante en paciente con antecedente de enfermedad neoplásica.



Tratamiento

Dado el contexto del paciente, en el que la afectación de la psoriasis condicionaba un marcado impacto funcional, fundamentalmente en la esfera laboral, se planteó la posibilidad de inicio de tratamiento biológico. En base al antecedente de neoplasia maligna cuatro años antes, encontrándose el paciente en remisión completa, se consensuó con su oncóloga y con el propio paciente el inicio de tratamiento con Ilumetri® (tildrakizumab) 100 mg, con administración subcutánea según pauta de ficha técnica, a finales de enero de 2022.

Evolución

En un primer control el mes de abril (semana 12) el paciente mostró una respuesta objetiva excelente, con un BSA de 2, PASI absoluto de 1,5 y un PGA de 1 (**Figura 2A-C**). Así mismo, refirió una respuesta muy rápida, con gran mejoría tras la primera administración. La tolerancia inicial al fármaco fue excelente, sin experimentar ningún efecto adverso, y del mismo modo la satisfacción del paciente fue completa, mejorando su vida laboral y resolviéndose el dolor de forma muy rápida. En noviembre de 2022 (semana 42), el paciente mostró un PASI absoluto de 0, PASI relativo de 100 y un PGA de 0 (**Figuras 3 y 4**). Por otro lado, el paciente sigue libre de su enfermedad oncológica.

Conclusión¹⁻⁵

Ilumetri®, inhibidor selectivo de la subunidad p19 de la interleucina 23 (IL-23), constituye una opción rápida y efectiva en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave. Los datos procedentes de los ensayos clínicos fase III hasta 5 años han demostrado una incidencia de neoplasias malignas comparable a placebo y más aún, existen datos de práctica clínica real que sugieren que la inhibición de la IL-23 con Ilumetri® podría ser una opción segura en pacientes con antecedentes de cáncer. En nuestro caso, se obtuvo una respuesta rápida en un paciente con importante repercusión laboral de su psoriasis, obteniendo un aclaramiento completo y, con ello, mejorando su calidad de vida, cumpliendo con los objetivos óptimos propuestos en la última actualización de las recomendaciones para el tratamiento con terapia biológica del grupo de psoriasis de la AEDV, a la vez que se ha mantenido en remisión de su antecedente oncológico.



FIGURA 1. En la visita inicial, el paciente presentaba extensa afectación por su psoriasis, en forma de placas eritematodescamativas en ambas regiones pretibiales (A), rodillas (B), antebrazos y codos (C), con intenso eritema y un marcado engrosamiento e hiperqueratosis.

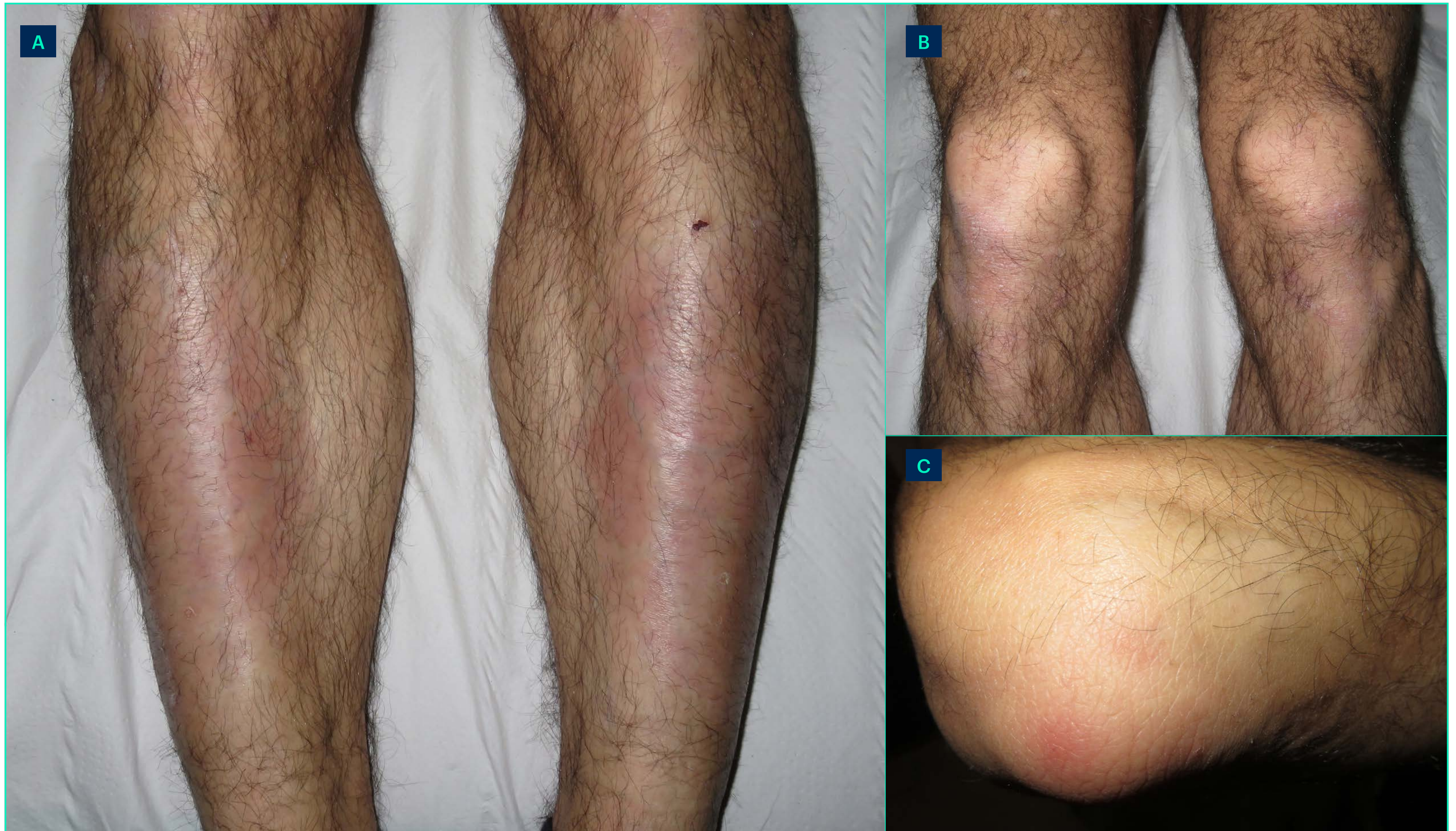


FIGURA 2. Evolución en el control de la semana 12.



FIGURA 3. Evolución en el control de la semana 42.

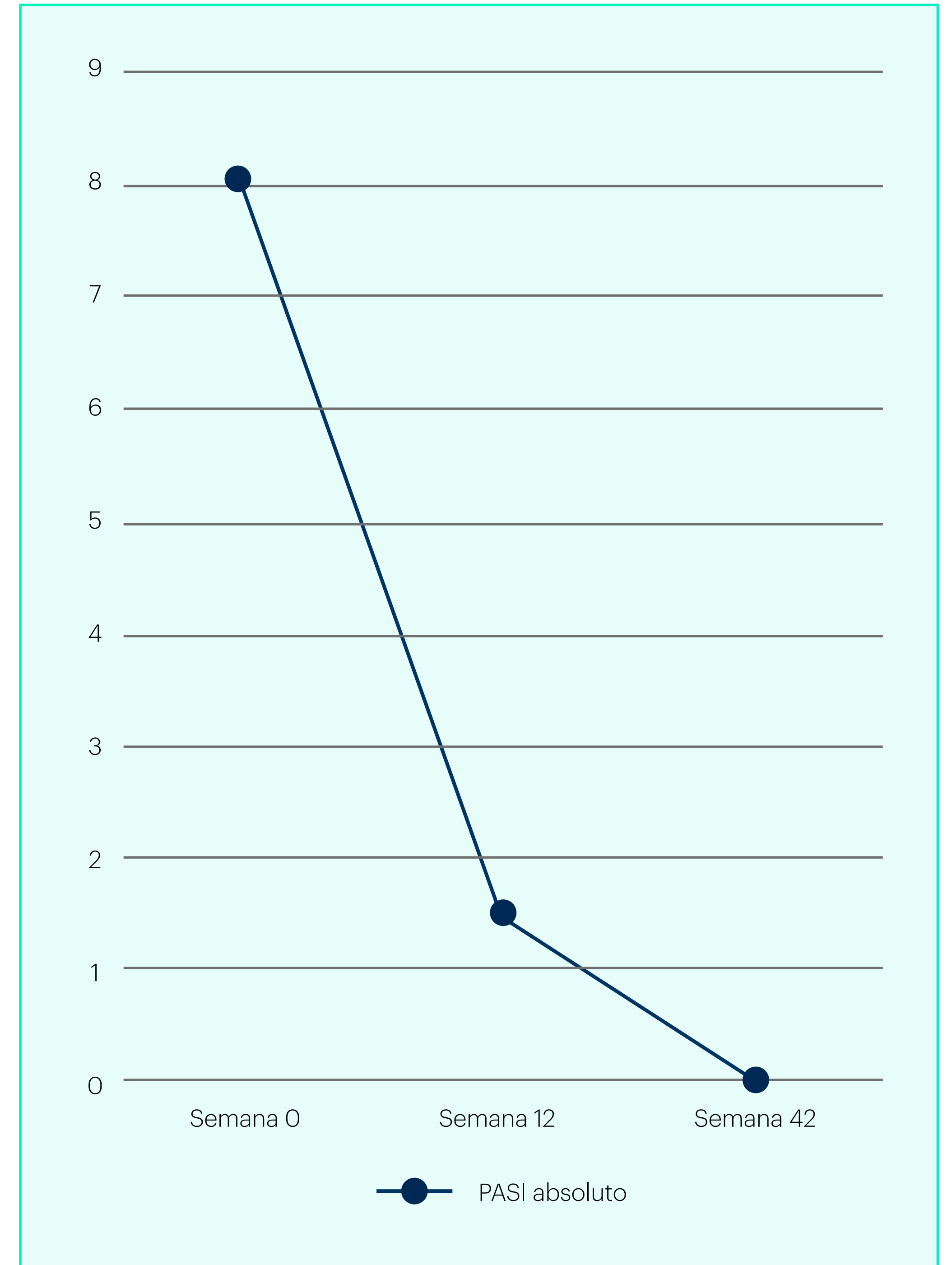


FIGURA 4. Evolución del PASI absoluto (semanas 0, 12 y 42).



Bibliografía

1. Ficha Técnica Ilumetri® (tildrakizumab). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de información del Medicamento. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1181323001/FT_1181323001.html
2. Amin M, Darji K, No DJ, Wu JJ. Review of phase III trial data on IL-23 inhibitors tildrakizumab and guselkumab for psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(10):1627-1632. doi:10.1111/jdv.14451
3. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy. Part 1. Concepts and General Management of Psoriasis with Biologic Therapy. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113(3):261-277. doi:10.1016/j.ad.2021.10.003
4. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol.* 2020;182(3):605-17. doi:10.1111/bjd.18232
5. Balaguer-Franch I, Vilarrasa Rull E, González Cantero A, et al. Tildrakizumab en pacientes con psoriasis y neoplasia: serie de 13 casos. Póster presentado en: 7º Congreso de Psoriasis; 2022 En 21-21; Madrid, España. P-117.

Reacción paradójica psoriasiforme por adalimumab resuelta con tildrakizumab

Javier Sánchez Bernal¹, Marcial Álvarez Salafranca², Ignacio Hernández Aragüés², Isabel Zárata Tejero³, Mariano Ara Martín⁴

¹Hospital General San Jorge (Huesca). ²Hospital Miguel Servet (Zaragoza). ³Centro de Salud Fuentes de Ebro (Fuentes de Ebro, Zaragoza).

⁴Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

RESUMEN

Paciente de 43 años con psoriasis en placas de moderada a grave con afectación de cuero cabelludo de 4 años de evolución y sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal. Tratamiento previo con ciclosporina, metotrexato y etanercept. Tras inicio de tratamiento con adalimumab presenta lesiones palmoplantares hiperqueratósicas que no tenía previamente, causando dolor y afectación importante de calidad de vida. Con la sospecha de reacción paradójica por anti-TNF en paciente con posible EII, se realizó cambio de tratamiento a Ilumetri[®], con resolución casi completa de lesiones en semana 16, mantenida tras 102 semanas de tratamiento. Las reacciones paradójicas constituyen un grupo de efectos adversos de la terapia biológica y se definen como el desarrollo de *novo* o el empeoramiento de una patología inmuno-mediada que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce. En el caso de las reacciones psoriasiformes paradójicas por anti-TNF, están ampliamente descritas en la literatura desde 2004, habiéndose notificado posteriormente casos aislados relacionados con otros fármacos biológicos con diferente mecanismo de acción, como ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, risankizumab o guselkumab. El manejo inicial, si la enfermedad de base está bien controlada y la reacción es leve, es con tratamientos tópicos. Si no se controla se recomienda retirar el fármaco y sustituirlo por otro con un mecanismo de acción distinto, ya que se ha descrito un efecto de clase entre los distintos anti-TNF, siendo el Ilumetri[®] una opción idónea, dado que no se han publicado hasta la fecha reacciones paradójicas relacionadas con el mismo.

PALABRAS CLAVE:

reacción psoriasiforme paradójica; tildrakizumab



Anamnesis

Mujer de 43 años con psoriasis en placas de moderada a grave con afectación de cuero cabelludo de 4 años de evolución. Antecedente de sangrado digestivo autolimitado a los 18 años, con sospecha no confirmada de enfermedad inflamatoria intestinal. No clínica de artritis. Había sido tratada con ciclosporina y metotrexato (suspendidos por intolerancia y mal control) y etanercept (suspendido por pérdida de eficacia). Inició tratamiento con adalimumab según pauta habitual presentando, a los dos meses de tratamiento, mejoría importante de las placas de codos, rodillas y cuero cabelludo, pero refería que, desde la segunda semana, había comenzado con lesiones palmoplantares hiperqueratósicas (**Figura 1**) que no tenía previamente, y que le ocasionaban dolor, afectando de forma importante en su vida diaria, con PASI 6,2, BSA 8% y DLQI 19.

Exploración

A la exploración se observan placas hiperqueratósicas, con descamación y fisuras a nivel de ambas palmas de las manos y plantas de los pies, con afectación importante en la zona de talones. Además, presenta placas numulares, con eritema y descamación en ambas piernas y muslos, con un PASI de 6,2, un BSA del 8% y un DLQI de 19.

Diagnóstico

Reacción paradójica psoriasiforme por anti-TNF.

Tratamiento

Con la sospecha de una reacción paradójica por anti-TNF, y de posible antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal, se suspendió dicho fármaco y se inició tratamiento con tildrakizumab, según posología habitual de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0, 4 y cada 12 semanas en adelante, de acuerdo con ficha técnica.



Evolución

Tras inicio de tildrakizumab, se obtuvo un blanqueamiento casi completo en la semana 16, con una mejoría casi total de las lesiones palmoplantares, con ligera descamación en el arco plantar izquierdo (**Figura 2**), persistiendo blanqueamiento en placas de extremidades y cuero cabelludo, con un PASI de 0,4, un BSA de 1% y un DLQI 0, que se han mantenido tras 102 semanas de seguimiento.

Conclusión

Las reacciones paradójicas durante el tratamiento con un agente biológico pueden definirse como la aparición o exacerbación de una afección patológica inmunomediada que normalmente respondería a esa misma clase de fármacos¹. Las reacciones paradójicas por anti-TNF están ampliamente descritas en la literatura. En condiciones normales, el TNF- α inhibe la actividad de las CDp, productoras de IFN- α . El empleo de fármacos anti-TNF- α provoca un exceso de IFN- α que, a su vez, promueve la expresión de CXCR3 en los linfocitos T, pudiendo causar en sujetos predispuestos lesiones psoriasiformes¹⁻³. Este fenómeno puede dar lugar a psoriasis de *novo*, en pacientes con otras enfermedades inflamatorias como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante o enfermedad inflamatoria intestinal, en los que estos fármacos dan lugar a reacciones psoriasiformes, frecuentemente pustulosas, aunque también en placas o en gotas, siendo infliximab el fármaco más frecuentemente implicado, seguido de adalimumab y etanercept^{2,4}. También puede producirse en pacientes como la nuestra, con una psoriasis previa, en la que producen un empeoramiento, con o sin cambio de morfología de las lesiones. En este caso el fármaco más frecuentemente implicado es etanercept seguido de infliximab y adalimumab^{2,4}. El manejo inicial, si la enfermedad de base está bien controlada y la reacción es leve, es con tratamientos tópicos. Si no se controla se recomienda retirar el fármaco y sustituirlo por otro con un mecanismo de acción distinto, ya que se ha descrito un efecto de clase entre los distintos anti-TNF. Además, aunque de forma mucho menos frecuente, también se han descrito casos de reacciones paradójicas asociadas al uso de otros fármacos biológicos con mecanismos de acción distintos como anti-IL-12/23, anti-IL23 y anti-IL-17^{1,2,4}.

Como conclusión, debemos tener en cuenta estas reacciones paradójicas en pacientes tratados con fármacos biológicos ya que, aunque su incidencia sea baja, el aumento en el uso de estos tratamientos hace esperable un aumento de estas reacciones, y debemos reconocerlas para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento si se producen. El desarrollo de nuevas moléculas facilita el manejo de estas situaciones, aunque debemos tener presente que, además de los anti-TNF, otros fármacos biológicos pueden dar lugar a estas reacciones psoriasiformes, no habiendo sido descritas hasta la fecha por tildrakizumab.



FIGURA 1. Mejoría importante de las placas de codos, rodillas y cuero cabelludo, pero desde la segunda semana, había comenzado con lesiones palmo-plantares hiperqueratósicas.



FIGURA 2. Blanqueamiento casi completo en la semana 16, con mejoría casi total de las lesiones palmoplantares, con ligera descamación en el arco plantar izquierdo.



Bibliografía

1. Puig L. Paradoxical Reactions: Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Agents, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab, and Others. *Curr Probl Dermatol*. 2018;53:49-63. doi:[10.1159/000479475](https://doi.org/10.1159/000479475). Epub 2017 Nov 7. PMID: 29131037.
2. Munera-Campos M, Balleca F, Carrascosa JM. Paradoxical Reactions to Biologic Therapy in Psoriasis: A Review of the Literature. *Actas Dermosifiliogr*. 2018 Nov;109(9):791-800. English, Spanish. doi:[10.1016/j.ad.2018.04.003](https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.04.003). Epub 2018 Jun 11. PMID: 29903464.
3. Fania L, Morelli M, Scarponi C, Mercurio L, Scopelliti F, Cattani C, Scaglione GL, Tonanzi T, Pilla MA, Pagnanelli G, Mazzanti C, Girolomoni G, Cavani A, Madonna S, Albanesi C. Paradoxical psoriasis induced by TNF- α blockade shows immunological features typical of the early phase of psoriasis development. *J Pathol Clin Res*. 2020 Jan;6(1):55-68. doi:[10.1002/cjp2.147](https://doi.org/10.1002/cjp2.147). Epub 2019 Oct 29. PMID: 31577850; PMCID: PMC6966707.
4. Puig L, Morales-Múnera CE, López-Ferrer A, Geli C. Ustekinumab treatment of TNF antagonist-induced paradoxical psoriasis flare in a patient with psoriatic arthritis: case report and review. *Dermatology*. 2012;225(1):14-7. doi:[10.1159/000339864](https://doi.org/10.1159/000339864). Epub 2012 Aug 10. PMID: 22890275.

Tildrakizumab y psoriasis: un tratamiento rápido, eficaz y seguro a largo plazo en ancianos frágiles

Francisco Javier Melgosa Ramos, Álvaro Aguado Vázquez, Cecilia Alonso Díez, Almudena Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia).

RESUMEN

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido selectivamente contra la subunidad p19 de la IL-23 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave, cuyos resultados de eficacia y seguridad en práctica clínica real, mejoran incluso a los de los ensayos clínicos (EC). Subanálisis de los EC pivotaes (reSURFACE 1 y 2) han demostrado su eficacia y seguridad en pacientes mayores de 65 años, y frágiles. Con motivo de ello presentamos el caso de una mujer de 87 años, con psoriasis en placas de moderada a grave y afectación ungueal, con múltiples comorbilidades y tratamientos previos, que presentó una hiperrespuesta casi completa de forma rápida (desde semana 16) y mantenida (semana 110) tras iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg a pauta habitual.

PALABRAS CLAVE:

tildrakizumab; psoriasis en placas de moderada a grave; localizaciones especiales; pacientes frágiles



Anamnesis

Mujer de 87 años con sobrepeso, diagnosticada de psoriasis en placas de moderada a grave desde hace más de 20 años, sin clínica articular, y con historia de fracaso o intolerancia a múltiples terapias previas incluyendo fototerapia, tratamientos clásicos (ciclosporina, retinoides orales, metotrexato) y terapias avanzadas (etanercept y apremilast).

Como comorbilidades y antecedentes destacaban una hepatitis B resuelta, una infección tuberculosa latente tratada en 2007, cirrosis biliar biliar primaria, hipertensión arterial, gammopatía monoclonal de significado incierto por la que estaba siendo estudiada en hematología, y bronquiectasias que condicionaban episodios ocasionales de ingreso (**Figura 1**).

Exploración

Se observó una psoriasis en placas de moderada a grave afectando al 40% de la superficie corporal (BSA 40%), con un PASI de 21,4, y un DLQI de 18. Junto a las lesiones tipo placa se objetivó la presencia de onicopatía psoriásica moderada-severa (PGA 2) en las manos, a expensas de matriz y lecho. El resultado del cuestionario PURE 4 para el cribado de la artropatía psoriásica fue de 0 (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave y además con onicopatía psoriásica en paciente anciana frágil.

Tratamiento

Basándonos en los resultados del subanálisis en >65 años de los ensayos clínicos pivotaes reSURFACE 1 y 2, y en los resultados de práctica clínica real, iniciamos tratamiento con tildrakizumab 100 mg subcutáneo a pauta habitual (semanas 0, 4 y después cada 12 semanas)¹⁻⁵.



Evolución

En la semana 16, tras las dos dosis de la inducción, y antes de la administración de la 3.^a dosis, la paciente presentó de forma muy precoz un control global de la enfermedad con un PASI absoluto de 1,5, un DLQI de 1, un BSA de 2% y una resolución casi completa de las lesiones ungueales (**Figura 2**). Actualmente, tras 110 semanas de tratamiento (>2 años), se mantiene sin lesiones cutáneas ni en áreas especiales, no ha desarrollado artropatía ni experimentado efectos adversos severos, alcanzando, y manteniendo el concepto de actividad mínima de la enfermedad.

Conclusión

Basándonos en nuestra experiencia, y en la evidencia disponible, tildrakizumab podría ser una alternativa efectiva y segura, a corto y largo plazo para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada a grave en pacientes ancianos con múltiples comorbilidades. También destacamos la velocidad de respuesta en nuestra paciente, con un blanqueamiento casi total con tan solo las dos dosis correspondientes a la inducción, manteniendo dicha respuesta más allá de los 2 años desde el inicio de tratamiento.



FIGURA 1. Psoriasis en placas grave afectando al 40% de la superficie corporal. Presencia de onicopatía psoriásica de moderada-severa (PGA 2) en las manos, a expensas de matriz y lecho.



FIGURA 2. Resolución casi completa de las lesiones ungueales.



Bibliografía

1. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):605-17. doi:[10.1111/bjd.18232](https://doi.org/10.1111/bjd.18232)
2. Ruiz-Villaverde- R, Rodriguez Fernandez-Freire L, Font-Ugalde P, Galan-Gutierrez M. Tildrakizumab: Efficacy, Safety and Survival in Mid-Term (52 Weeks) in Three Tertiary Hospitals in Andalucia (Spain). *J Clin Med*. 2022;11(17):5098. doi:[10.3390/jcm11175098](https://doi.org/10.3390/jcm11175098)
3. Tsianakas A, Schwichtenberg U, Pierchalla P, Hinz T, Diemert S, Korge B. Real-world effectiveness and safety of tildrakizumab in long-term treatment of plaque psoriasis: Results from the non-interventional, prospective, multicentre study TILLOT. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022. Epub ahead of print. doi:[10.1111/jdv.18572](https://doi.org/10.1111/jdv.18572)
4. Becher G, Conner S, Ingram JA, Stephen KE, McInnes AC, Heald AH, et al. A Retrospective Real-World Study of the Effectiveness and Tolerability of Tildrakizumab in UK Adults with Moderate-to-Severe Chronic Plaque Psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(10):2343-54. doi:[10.1007/s13555-022-00800-3](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00800-3)
5. Galluzzo M, Talamonti M, Cioni A, Maffei V, Shumak RG, Tofani L, et al. Efficacy of Tildrakizumab for the Treatment of Difficult-to- Treat Areas: Scalp, Nail, Palmoplantar and Genital Psoriasis. *J Clin Med*. 2022;11(9):2631. doi:[10.3390/jcm11092631](https://doi.org/10.3390/jcm11092631)

La psoriasis me trae de cabeza

César Guijarro Sánchez, Manuel Galán Gutiérrez, Irene Rivera Ruiz, Miguel Juan Cencerrado, Delia Díaz Ceca, Damián Moreno Mesa
Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

El cuero cabelludo entra dentro de las denominadas “localizaciones difíciles” de la psoriasis, tanto por las implicaciones físicas, emocionales y funcionales, como por la dificultad de tratamiento en dicha zona. Presentamos el caso de una paciente de 51 años con psoriasis en placas de moderada a grave de larga evolución que progresó hacia una afectación palmoplantar y de cuero cabelludo, siendo esta última la que más afectaba a su calidad de vida. Recibió tratamiento con múltiples fármacos tópicos y sistémicos, incluyendo terapia con fármacos biológicos, sin mejoría significativa de su patología. Se propuso tratamiento con tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg a dosis de ficha técnica, con lo que se consiguió una mejoría franca de la sintomatología de forma rápida y mantenida en el tiempo. La reducción del prurito, así como la comodidad de administración fueron los dos datos que más resaltó la paciente en relación con el tratamiento. En este caso se recoge información de práctica clínica real, que refleja mejor al paciente que atendemos en nuestro día a día y los resultados de las nuevas terapias biológicas.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; cuero cabelludo; tildrakizumab

Anamnesis

Paciente mujer de 51 años con psoriasis de larga evolución que empezó como psoriasis en placas y posteriormente afectación palmo-plantar y de cuero cabelludo, condicionando esta última su vida de forma importante. Entre los antecedentes personales destacaban obesidad, esteatosis hepática y artropatía psoriásica. Había recibido en los últimos años tratamiento con ciclosporina, metotrexato y acitretina, así como apremilast durante 5 meses y terapia biológica con efalizumab durante 3 años y adalimumab durante 8 años. Todos ellos debieron ser suspendidos por toxicidad, desarrollo de contraindicación o fracaso terapéutico secundario.

Exploración

En la exploración presentaba BSA del 15 %, PASI de 8,4, PGA 3 y una EVA del prurito de 10, que incomodaba de forma importante. Lo que más afectaba a la paciente eran las lesiones de cuero cabelludo dada su sintomatología y visibilidad (**Figura 1**), con elementos incluso de tipo amiantáceo.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave y afectación de cuero cabelludo.

Tratamiento

Se propuso la utilización de tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg a dosis de ficha técnica (100 mg en la semana 0 y 4 y cada 12 semanas en adelante).

Con el inicio del tratamiento, la paciente presentó una mejoría franca de las lesiones ya a las 4 semanas, con BSA del 5 %, PASI 2, PGA 1 y EVA de prurito de 2 (**Figura 2**), dato este último de especial relevancia para la paciente.

Evolución

Desde la semana 16 presenta aclaramiento completo de las lesiones de cuero cabelludo (PASI 0, BSA 0, PGA 0, EVA de prurito 0) (**Figura 3**), manteniendo dicho resultado en la actualidad, a las 92 semanas de tratamiento.

Conclusión¹⁻³

Caso de psoriasis en placas de moderada a grave con afectación preferente del cuero cabelludo que recibió tratamiento con tildrakizumab (Ilumetri®), fármaco que bloquea la IL-23. Esta localización es a veces compleja de manejar y puede determinar una importante afectación en la calidad de vida. En este caso apreciamos además una mejoría rápida de dicha afectación, en una paciente con fracaso a dos terapias biológicas previas.

La reducción del prurito, así como la comodidad de administración fueron los dos datos que más resaltó la paciente en relación con el tratamiento empleado. Es importante recoger la información de práctica clínica real, dado que refleja mejor al paciente que atendemos en nuestro día a día, y los resultados de nuevas terapias biológicas buscando siempre optimizar los resultados en salud para nosotros y nuestros pacientes.



FIGURA 1. Lesiones de cuero cabelludo con elementos de tipo amiantáceo.



FIGURA 2. Mejoría franca de las lesiones a las 4 semanas.



FIGURA 3. Aclaramiento completo de las lesiones de cuero cabelludo en la semana 16.



Bibliografía

1. Dauden E, Puig L, Ferrandiz C, Sanchez-Carazo JL, Hernanz-Hermosa JM. Consensus document on the evaluation and treatment of moderate to severe psoriasis: Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30: 1-18. doi:[10.1111/jdv.13542](https://doi.org/10.1111/jdv.13542)
2. Narcisi A, Valenti M, Cortese A, Toso F, Pavia G, Gargiulo L et al. Anti-IL17 and anti-IL23 biologic drugs for scalp psoriasis: A single-center retrospective comparative study. *Dermatol Ther*. 2022;35(2): e15228. doi:[10.1111/dth.15228](https://doi.org/10.1111/dth.15228)
3. Galluzzo M, Talamonti M, Cioni A, Maffei V, Shumak RG, Tofani L et al. Efficacy of Tildrakizumab for the Treatment of Difficult-to-Treat Areas: Scalp, Nail, Palmoplantar and Genital Psoriasis. *J Clin Med*. 2022 ;11(9):2631. doi:[10.3390/jcm11092631](https://doi.org/10.3390/jcm11092631)

Tildrakizumab en una paciente con psoriasis en placas de moderada a grave y antecedentes de carcinoma de cérvix: una alternativa segura y eficaz

Emilio Berná Rico, Álvaro González Cantero

Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

RESUMEN

Acude a nuestra consulta una mujer de 48 años con AP de carcinoma escamoso infiltrante de cérvix hace 4 años tratado con histerectomía radical más doble anexectomía junto con radioterapia adyuvante. Analíticamente presentaba una elevación persistente de las cifras del antígeno de carcinoma de células escamosas (SCC). La paciente sufría además una psoriasis en placas de moderada a grave de 20 años de evolución. Teniendo en cuenta su antecedente oncológico, fue tratada con acitretina, fototerapia y apremilast. Sin embargo, no se logró controlar la enfermedad, presentando 33 de PASI en consulta y una importante afectación de su calidad de vida. Ante esta evolución, se decidió iniciar tildrakizumab dada su inhibición selectiva de IL-23 y su perfil de seguridad en ensayos clínicos y estudios prospectivos. A los 4 meses de tratamiento, la paciente presentó una mejoría muy significativa de su enfermedad, alcanzando un PASI de 0,5. La mejora se mantuvo a 1 año de tratamiento, sin datos de recidiva de su carcinoma de cérvix y con normalización del SCC. En definitiva, presentamos el caso de una paciente con psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a tratamientos sistémicos convencionales y un antecedente de neoplasia maligna de cérvix. Tildrakizumab no sólo constituyó una alternativa muy efectiva para la paciente, sino que resultó ser segura en una situación en la que existe una importante incertidumbre sobre el manejo adecuado de la psoriasis.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tildrakizumab; cáncer



Anamnesis

Acude a nuestra consulta una mujer de 48 años con antecedentes personales de carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado de cuello uterino, diagnosticado en estadio I (T1b1NxM0) hace 4 años. Fue tratado con histerectomía radical más doble anexectomía, administrándose posteriormente radioterapia adyuvante.

Como antecedente dermatológico de interés, la paciente sufría psoriasis en placas de moderada a grave de 20 años de evolución con mal control tanto con tratamientos tópicos (corticoides de potencia moderada-alta y análogos de la vitamina D) como con tratamientos sistémicos. Si bien la paciente no mostraba signos de recidiva radiológica local o a distancia en los sucesivos controles efectuados por Ginecología, presentaba una elevación persistente del antígeno de carcinoma de células escamosas (SCC, por sus siglas en inglés) en sangre, con valores pico de hasta 66,8 ng/mL (límite alto 2 ng/mL). Por dicha razón, los tratamientos sistémicos empleados hasta la fecha de la consulta habían consistido en acitretina, fototerapia con UVB y PUVA y finalmente apremilast, evitando el empleo de terapias biológicas o fármacos con un mayor perfil inmunosupresor.

A pesar de los múltiples tratamientos empleados, la paciente refería continuar con múltiples lesiones, las cuales se asociaban a prurito leve y le condicionaban una importante afectación de su calidad de vida, limitando tipo de ropa usada, actividades de ocio como ir a la playa y sus relaciones sociales.

Exploración

En el momento de la consulta, presentaba placas eritematodescamativas generalizadas, bien definidas, muchas de ellas con morfología anular o policíclica, distribuidas por tronco, espalda, miembros superiores y miembros inferiores (**Figura 1**). El PASI calculado fue de 33.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.



Tratamiento

Ante este curso tórpido, la ausencia de respuesta a otras terapias y las importantes consecuencias que la psoriasis acarrea en la paciente se decidió consultar con Oncología Médica. A pesar del antecedente de neoplasia y de la elevación de marcadores tumorales, se decidió iniciar tratamiento biológico para control de la enfermedad. El fármaco elegido fue tildrakizumab 100 mg, de acuerdo con la ficha técnica, administrándose una dosis en las semanas 0 y 4 y posteriormente cada 12 semanas.

Evolución

A los 4 meses de tratamiento, la paciente presentó una mejoría muy significativa de su enfermedad, alcanzando un PASI de 0,5. La exploración física sólo revelaba hipopigmentación residual y alguna placa fina aislada a la exploración física (**Figuras 2 y 3**). La respuesta se mantuvo al menos tras un año de tratamiento. Por su parte, no se apreció recidiva de su cáncer de cérvix durante el seguimiento. Es más, tras inicio del fármaco y la mejoría de la enfermedad se observó un descenso significativo de los niveles de SCC, alcanzando una cifra de 2,4 ng/ml.

Conclusión¹⁻⁵

El tratamiento sistémico de la psoriasis en pacientes con antecedentes de un tumor sólido es un tema controvertido, con múltiples zonas grises y en continua investigación. El sistema inmune juega un papel determinante en la lucha contra las células neoplásicas. Contribuye a evitar la aparición de nuevos tumores y ayuda al control de los ya presentes, dificultando su progresión o recidivas. Por tanto, el empleo de fármacos inmunosupresores, dentro de los cuales se podrían encuadrar buena parte de los fármacos sistémicos y biológicos empleados en la psoriasis, debe efectuarse con precaución en pacientes con antecedentes de cáncer. A este respecto, la mayor parte de las guías de práctica clínica recomiendan esperar al menos 5 años para el inicio de infliximab, adalimumab, certolizumab, etarnecept o ustekinumab en pacientes con historia de neoplasia maligna. La evidencia en la que se sustenta dicha recomendación no es firme, y de hecho el escaso número de estudios que evalúan el uso de fármacos biológicos en pacientes con antecedentes de cáncer no encuentran un incremento del riesgo de recurrencia o progresión del cáncer bajo tratamiento con dichos fármacos.



En cualquier caso, en este contexto de incertidumbre podrían ser preferibles aquellos fármacos biológicos que no actúen sobre la vía Th1, la más implicada en la inmunidad antitumoral. En este sentido, tildrakizumab, un inhibidor selectivo de la IL-23, podría ser especialmente seguro. De hecho, un estudio que evalúa su eficacia y seguridad en los 5 años de extensión abierta del ensayo clínico re(SURFACE 1) encuentra una tasa de neoplasias sólidas (incluyendo cáncer cutáneo no melanoma) y hematológicas especialmente baja, de 0,6/0,7 por cada 100 pacientes-año, menor a la reportada por otros fármacos biológicos en trabajos con un diseño similar.

Para terminar con el caso, ¿por qué bajaron los niveles del antígeno de células escamosas (SCC) con el tratamiento? Como comentamos, sus niveles generaron preocupación a la hora de iniciar el tratamiento sistémico, ya que, si bien no se evidenció recidiva de la neoplasia a nivel radiológico en los sucesivos controles de la paciente, se trata de un marcador tumoral que se relaciona con cánceres epidermoides de cérvix. El dato clave y a tener en cuenta es que se puede elevar en ocasiones en enfermedades dermatológicas benignas, como la psoriasis, especialmente en formas extensas como las de la paciente. Por esa razón, al mejorar de la misma, se normalizaron sus niveles, casi alcanzando cifras normales.

Como conclusión, presentamos el caso de una paciente con psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a tratamientos sistémicos convencionales y un antecedente de neoplasia maligna de cérvix. Tildrakizumab no sólo constituyó una alternativa muy efectiva para la paciente, sino que resultó ser segura en una situación en la que existe una importante incertidumbre sobre el manejo adecuado de la psoriasis.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas generalizadas, bien definidas, distribuidas por tronco, espalda, miembros superiores e inferiores.



FIGURA 2. Mejoría significativa a los 4 meses de iniciar tratamiento.



FIGURA 3. Mejoría significativa a los 4 meses de iniciar tratamiento.



Bibliografía

1. Lambert JLW, Segaert S, Ghislain PD, et al. Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis in case of coexisting inflammatory, neurologic, infectious or malignant disorders (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 2. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(9):1914-1923. doi:[10.1111/jdv.16683](https://doi.org/10.1111/jdv.16683)
2. Kahn JS, Casseres RG, Her MJ, Dumont N, Gottlieb AB, Rosmarin D. Treatment of Psoriasis With Biologics and Apremilast in Patients With a History of Malignancy: A Retrospective Chart Review. J Drugs Dermatol. 2019;18(4):387-90.
3. Kaushik SB, Lebwohl mg. Psoriasis: Which therapy for which patient: Psoriasis comorbidities and preferred systemic agents. J Am Acad Dermatol. 2019;80(1):27-40. doi:[10.1016/j.jaad.2018.06.057](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.057)
4. Imafuku S, Nakagawa H, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab in Japanese patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results from a 5-year extension of a phase 3 study (reSURFACE 1). J Dermatol. 2021;48(6):844-852. doi:[10.1111/1346-8138.15763](https://doi.org/10.1111/1346-8138.15763)
5. Papp KA, Griffiths CE, Gordon K, et al. Long-term safety of ustekinumab in patients with moderate-to-severe psoriasis: final results from 5 years of follow-up. Br J Dermatol. 2013;168(4):844-854. doi:[10.1111/bjd.12214](https://doi.org/10.1111/bjd.12214)

Psoriasis en placas de moderada a grave y liquen plano con tildrakizumab

Adrián Imbernón Moya, Nicolás Silvestre Torner, Jorge Román Sainz

Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Mujer de 62 años con psoriasis en placas de moderada a grave que ha realizado tratamiento con corticoides tópicos, fototerapia y metotrexato sin respuesta. Se realiza tratamiento con adalimumab, pero tras 4 años presenta fallo secundario y desarrolla liquen plano cutáneo confirmado con biopsia. Se pauta secukinumab sin mejoría. La paciente inicia tildrakizumab y después de 3 meses alcanza remisión clínica completa de ambas dermatosis, manteniéndose la respuesta tras 7 meses. Hay escasa bibliografía descrita sobre el uso de tildrakizumab en liquen plano y sus variantes clínicas. Describimos el uso de tildrakizumab como alternativa de tratamiento eficaz y segura en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave y liquen plano concomitante.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; liquen; tildrakizumab

Anamnesis

Mujer de 62 años con antecedentes personales de dislipemia y diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento médico. La paciente debuta con psoriasis en placas de moderada a grave a los 40 años. Realiza tratamiento con múltiples corticoides tópicos, fototerapia PUVA y metotrexato sin mejoría clínica. En 2017 inicia adalimumab alcanzando aclaramiento completo, pero en 2021 la paciente presenta fallo secundario con empeoramiento de la psoriasis y desarrolla unas lesiones cutáneas muy pruriginosas en cara extensora de miembros superiores e inferiores. Se realiza biopsia cutánea de placa eritematodescamativa en zona pretibial con diagnóstico histológico de psoriasis, y una biopsia de una placa violácea en brazo presenta hallazgos histológicos de liquen plano. Los cultivos de primer dedo de ambos pies para hongos son negativos. No presenta lesiones cutáneas en mucosas ni cuero cabelludo. Se suspende adalimumab y se realiza tratamiento con secukinumab. Tras 9 meses no se observa mejoría. La paciente presenta artralgias y mialgias ocasionales, diagnosticada en Reumatología de síndrome fibromiálgico sin artritis psoriásica.

Exploración

Presenta placas eritematodescamativas psoriasiformes localizadas en codos, zona pretibial y dorso de pies (**Figura 1**). Además, tiene onicopatía psoriásica en todas las uñas de los pies con signos de onicodistrofia, discoloración amarillenta, onicólisis distal e hiperqueratosis subungueal y manchas en aceite (**Figura 2**). También se observan excoriaciones en forma de lesiones erosivocostrosas, placas y pápulas poligonales violáceas purpúricas brillantes en brazos, tercio inferior de piernas y dorso de pies (**Figuras 3 y 4**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave y liquen plano cutáneo.

Tratamiento

En mayo de 2022 la paciente inicia tratamiento con tildrakizumab a dosis de ficha técnica de psoriasis.



Evolución

Antes de empezar el tratamiento con tildrakizumab la paciente presenta PASI 9, BSA 5 y DLQI 21 puntos. Después de 3 meses del inicio del tratamiento, la paciente no tiene efectos adversos, presenta remisión completa de las lesiones cutáneas de liquen plano (**Figuras 5 y 6**), sin prurito, alcanza aclaramiento completo de la psoriasis cutánea con PASI 0, BSA 0, DLQI 0 y aclaramiento parcial de onicopatía (**Figuras 7 y 8**). Tras 7 meses la paciente mantiene remisión clínica completa de ambas dermatosis.

Conclusión¹⁻⁴

Se han descrito casos clínicos de eficacia de tildrakizumab en pacientes con liquen plano vulvovaginal, liquen oral erosivo, liquen plano penfigoide, liquen plano pilar y alopecia frontal fibrosante. Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal completamente humanizado que inhibe la subunidad p19 de la interleucina 23 (IL-23). Se ha descrito una sobreexpresión de IL-23 en los tejidos cutáneos y mucosos afectados por liquen plano en comparación con los controles. Describimos el uso de tildrakizumab como alternativa de tratamiento eficaz y segura en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave y liquen plano concomitante. Se necesita una mayor evidencia científica sobre el uso de tildrakizumab en pacientes con liquen plano.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas psoriasiformes localizadas en zona pretibial.



FIGURA 2. Onicopatía psoriásica en uñas de los pies con signos de onicodistrofia, discoloración amarillenta, onicólisis distal e hiperqueratosis subungueal y manchas en aceite.



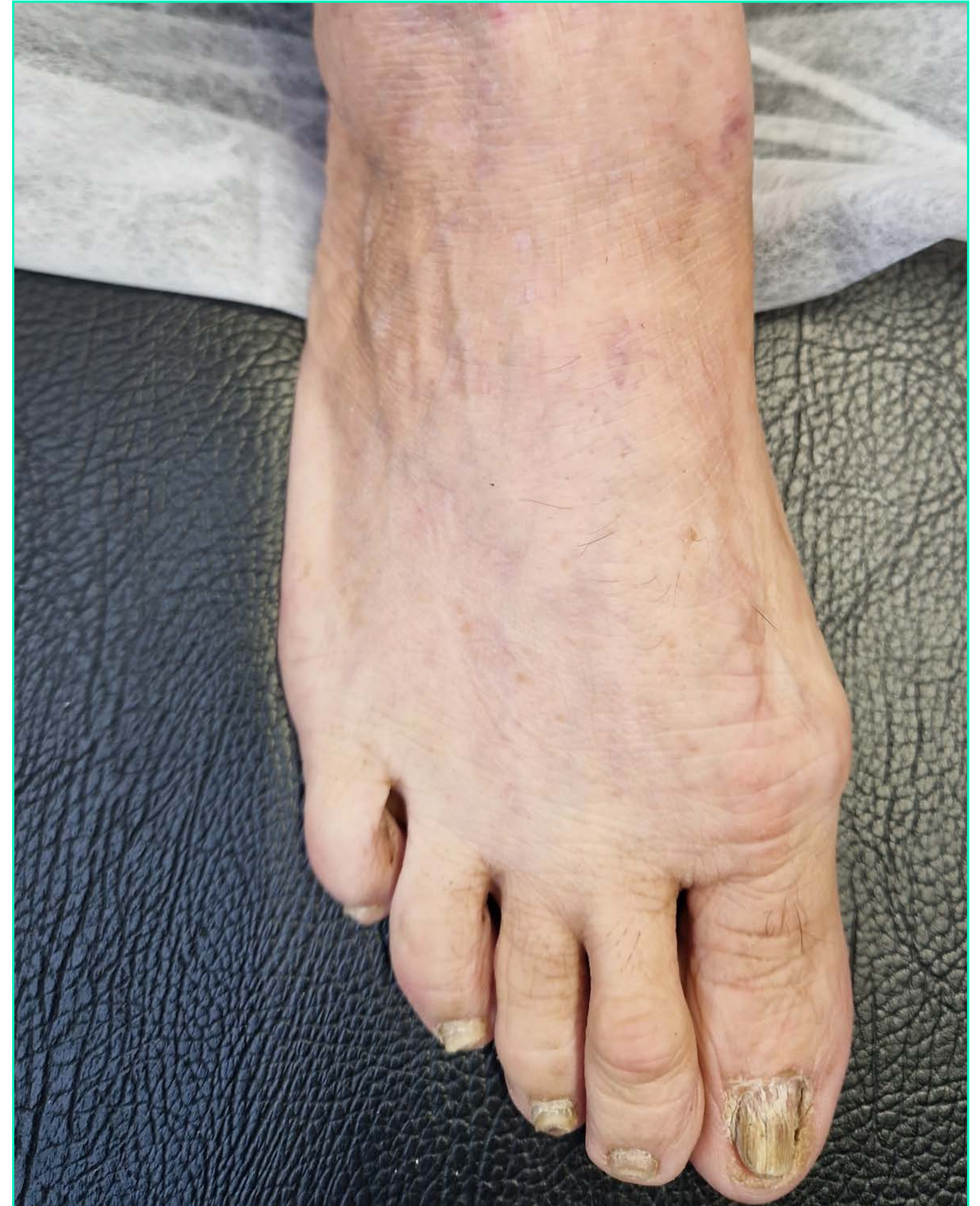
FIGURA 3. Placas y pápulas poligonales violáceas purpúricas brillantes en tercio inferior de piernas y dorso de pies.



FIGURA 4. Placas y pápulas poligonales violáceas purpúricas brillantes en brazos.



FIGURAS 5 y 6. Remisión completa de las lesiones cutáneas de liquen plano.



FIGURAS 7 y 8. Aclaramiento parcial de onicopatía.

Psoriasis en placas de moderada a grave en mujer de edad avanzada con pluripatología

Lucía Campos Muñoz

Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

RESUMEN

Paciente mujer de 93 años con psoriasis en placas de moderada a grave de predominio en área del pañal y el tronco, la cual no respondió a tratamientos tópicos. Por su pluripatología no fue posible realizar tratamiento con fármacos sistémicos clásicos, de manera que se inició tratamiento con tildrakizumab con excelente respuesta y tolerancia. Revisamos las características de la psoriasis en la tercera edad y las peculiaridades del tratamiento durante estos años.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; anciano; tildrakizumab

Anamnesis

Paciente de 93 años con antecedentes personales de fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia tricuspídea severa, HTA, diabetes *mellitus*, carcinoma de mama bilateral que precisó mastectomía bilateral, obesidad, estenosis de canal, anemia de origen desconocido que precisa transfusiones regularmente e insuficiencia renal crónica con creatinina de 1,8. Además, es incontinente y precisa pañal de forma continuada. Polimedicada con gabapentina, quetiapina, omeprazol, colecalciferol, amlodipino, furosemida, darbepoetina alfa, espironolactona e higrotona.

Exploración

Consulta por lesiones de meses de evolución de psoriasis extensas y muy molestas, localizadas en cuero cabelludo, tronco y área del pañal, presentando PASI de 17,2, y BSA 28% (**Figuras 1-3**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave en paciente anciana.

Tratamiento

Se realiza tratamiento inicialmente con aceite salicílico al 10% y espuma de betametasona y calcipotriol, con respuesta parcial por lo que se decide iniciar tratamiento con tildrakizumab a dosis estándar de 100 mg en semana 0, 4 y cada 12 semanas.

Evolución

La paciente fue mejorando progresivamente, persistiendo únicamente una discreta descamación en cuero cabelludo (**Figura 4**), con PASI de 1, y a los tres meses las demás lesiones se habían resuelto prácticamente por completo (**Figura 5**). La tolerancia al fármaco fue buena, sin haber tenido complicaciones de su pluripatología acompañante durante los 6 meses que lleva en tratamiento con tildrakizumab.



Conclusión¹⁻⁵

La psoriasis puede iniciarse en cualquier momento de la vida, incluida la tercera edad: se estima que el 3,2% de los pacientes con psoriasis debutan pasados los 60 años de edad, estos pacientes de debut tardío suelen tener formas moderadas-leves de la enfermedad. La psoriasis en la tercera edad plantea varias peculiaridades respecto a la psoriasis en la edad adulta. Es fundamental en el paciente anciano, que suele estar polimedicado, la revisión de su medicación por si estuviese tomando algún fármaco desencadenante de psoriasis (betabloqueantes, litio, interferón, antipalúdicos, AINE, IECA, gemfibrozilo, tetraciclinas...). La presentación clínica más habitual en el paciente anciano es la psoriasis en placas, al igual que en el resto de edades, pero hay que tener en cuenta que la psoriasis invertida es más frecuente en el paciente anciano que en la población general, posiblemente debido a la mayor obesidad en este grupo de población y a la oclusión que provoca la menor movilidad y el uso de pañales de algunos pacientes ancianos.

Los tratamientos tópicos pueden ser un tratamiento de elección inicialmente para estos pacientes con pluripatología y polimedica-dos, por su baja tasa de efectos secundarios, pero plantean problemas de aplicación si el paciente tiene baja movilidad de manera que si no cuentan con ayuda para aplicarlo el cumplimiento terapéutico puede verse comprometido. La fototerapia es un trata-miento apropiado por los escasos efectos secundarios y ausencia de interacciones medicamentosas. Puede plantear el problema del transporte del paciente al centro sanitario 2 o 3 veces por semana, ya que los pacientes ancianos pueden no ser autónomos para desplazarse por sí mismos, y también se precisa la capacidad de poder mantenerse en pie los minutos que dure la sesión de fototerapia, algo que algunos pacientes por sus limitaciones físicas no serán capaces de realizar.

Los tratamientos sistémicos clásicos no siempre son apropiados para todos los pacientes ancianos: pacientes polimedica-dos, con nefropatía, hepatopatía, hipertensión o inmunosupresión pueden tener problemas para tolerar estos fármacos, por lo que en oca-siones deberemos recurrir a fármacos biológicos. Los anti-TNF deben usarse con precaución dado el mayor riesgo de infección en la población anciana y no podremos emplearlos en pacientes con insuficiencia cardiaca ni esclerosis múltiple. Los fármacos an-ti-IL17 y anti-IL23 son una buena alternativa de tratamiento en población de edad avanzada, aunque no hay muchos datos de efica-cia y seguridad de estos fármacos en este grupo de edad. Una publicación italiana de práctica clínica real reciente de 34 pacientes mayores de 65 años tratados con fármacos anti-IL23 (guselkumab, risankizumab y tildrakizumab) muestra una eficacia y seguridad similar en la población anciana a la edad adulta, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los 3 fármacos. Por otra parte, en la ficha técnica de tildrakizumab se indica que no es preciso un ajuste de dosis ni otras actuaciones especiales en la población de edad avanzada, siendo por lo tanto un medicamento especialmente indicado en estos pacientes.



FIGURA 1. Lesiones de meses de evolución de psoriasis extensas y muy molestas, localizadas en cuero cabelludo.



FIGURA 2. Lesiones de meses de evolución de psoriasis extensas y muy molestas, localizadas en tronco.



FIGURA 3. Lesiones de meses de evolución de psoriasis extensas y muy molestas, localizadas en área del pañal.



FIGURA 4. Mejora progresiva, persistiendo únicamente una discreta descamación en cuero cabelludo.



FIGURA 5. Lesiones resueltas prácticamente por completo.

Masa pulmonar en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave

Gustavo Guillermo Garriga Martina

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Varón de 53 años, en seguimiento por psoriasis en placas de moderada a grave desde hace 24 años sin otras comorbilidades de interés salvo enfisema pulmonar, obesidad e hipertensión arterial. Estudios serológicos y Mantoux negativos.

Pese a realizar tratamiento en el pasado con fototerapia, acitretina y metotrexato no lograba un control adecuado de su psoriasis, con un PASI 12, BSA 10, PGA 4, decidiéndose inicio de tratamiento con ixekizumab según ficha técnica en el año 2018 logrando un aclaramiento completo de las lesiones.

Tras 4 años de tratamiento con ixekizumab el paciente refiere tos persistente de largo tiempo de evolución. En consultas externas de neumología se realiza una radiografía de tórax observándose una imagen nodular cavitada de 2 cm en región apical del lóbulo pulmonar inferior derecho. Tras realizar TACAR se confirma la presencia la lesión previamente descrita, con una baja actividad metabólica en PET-TAC, sugestiva de probable neoplasia de bajo grado. En este momento ante la sospecha de neoplasia pulmonar se suspende ixekizumab.

Tras realizar segmentectomía pulmonar se observa en la pieza quirúrgica la presencia de inflamación crónica granulomatosa cavitada con necrosis y presencia de colonias fúngicas compatibles con aspergilosis pulmonar (aspergiloma).

Tras suspender ixekizumab el paciente sufrió un brote de psoriasis con PASI 15, BSA 10, PGA 4. Dado el reciente diagnóstico de infección fúngica se prefiere evitar tratamiento con anti-IL17 o anti-TNF. Se inicia tratamiento con tildrakizumab alcanzando un PASI 3, BSA 5, PGA 1 tras 45 días.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; ixekizumab; aspergiloma

Anamnesis

Varón de 53, en seguimiento por psoriasis en placas de moderada a grave desde hace 24 años sin otras comorbilidades de interés salvo enfisema pulmonar, obesidad e hipertensión arterial. Estudios serológicos y Mantoux negativos.

Pese a realizar tratamiento en el pasado con fototerapia, acitretina y metotrexato no lograba un control adecuado de su psoriasis, con un PASI 12, BSA 10, PGA 4, decidiéndose inicio de tratamiento con ixekizumab según ficha técnica en el año 2018 logrando un aclaramiento completo de las lesiones.

Tras 4 años de tratamiento con ixekizumab el paciente se deriva a consultas de neumología por la presencia de tos persistente de largo tiempo de evolución, realizándose estudios de imagen (**Figura 1**).

Exploración

En la radiografía de tórax observándose una imagen nodular cavitada de 2 cm en lóbulo pulmonar inferior derecho. Tras realizar TACAR se confirma la presencia la lesión previamente descrita (**Figura 1**), con una baja actividad metabólica en PET-TAC, sugestiva de probable neoplasia de bajo grado. En este momento ante la sospecha de neoplasia pulmonar se suspende ixekizumab. Tras la realización de una segmentectomía pulmonar se observa en la pieza quirúrgica la presencia de inflamación crónica granulomatosa cavitada con necrosis y presencia de colonias fúngicas compatibles con aspergilosis pulmonar (aspergiloma).

Diagnóstico

Aspergiloma pulmonar en paciente en tratamiento con ixekizumab (anti-IL17).



Tratamiento

Tras suspender el tratamiento con ixekizumab el paciente sufrió un brote de psoriasis con PASI 15, BSA 10, PGA 4 (**Figura 2**). Dado el reciente diagnóstico de infección fúngica se considera prudente evitar tratamiento con anti-IL17 o anti-TNF. Se inicia tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica.

Evolución

Tras 45 días de tratamiento, el paciente alcanzó una respuesta satisfactoria con un PASI 3, BSA 5, PGA 1 (**Figura 3**). Los estudios de imagen pulmonares realizados en visitas posteriores permanecen estables sin cambios, sin signos de recidiva.

Conclusión¹⁻⁴

Tildrakizumab es una opción de tratamiento segura y eficaz en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave severa que tengan antecedentes de infecciones fúngicas relevantes y/o antecedentes oncológicos.

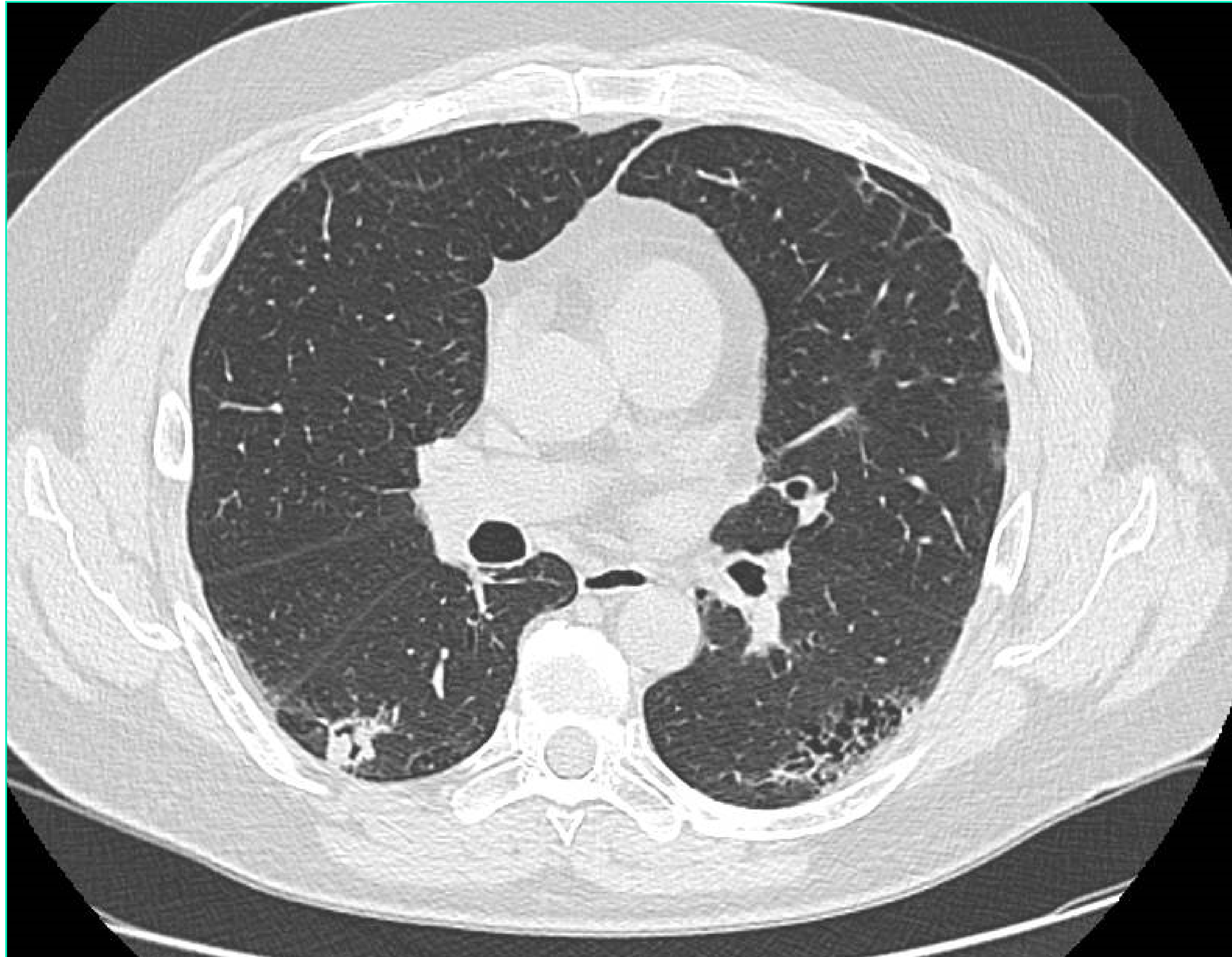


FIGURA 1. Radiografía de tórax donde se observa una imagen nodular cavitada de 2 cm en lóbulo pulmonar inferior derecho.



FIGURA 2. Brote de psoriasis tras suspender el tratamiento con ixekizumab.



FIGURA 3. Respuesta satisfactoria tras 45 días de tratamiento.



Bibliografía

1. Vallabhaneni S, Chiller TM. Fungal Infections and New Biologic Therapies. *Curr Rheumatol Rep*. 2016 May;18(5):29. doi:[10.1007/s11926-016-0572-1](https://doi.org/10.1007/s11926-016-0572-1)
2. Bai F, Li GG, Liu Q et al. Short-Term Efficacy and Safety of IL-17, IL-12/23, and IL-23 Inhibitors Brodalumab, Secukinumab, Ixekizumab, Ustekinumab, Guselkumab, Tildrakizumab, and Risankizumab for the Treatment of Moderate to Severe Plaque Psoriasis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Immunol Res*. 2019 Sep 10;2019:2546161. doi:[10.1155/2019/2546161](https://doi.org/10.1155/2019/2546161)
3. Thatiparthi A, Martin A, Liu J et al. Biologic Treatment Algorithms for Moderate-to-Severe Psoriasis with Comorbid Conditions and Special Populations: A Review. *Am J Clin Dermatol*. 2021 Jul;22(4):425-442. doi:[10.1007/s40257-021-00603-w](https://doi.org/10.1007/s40257-021-00603-w)
4. Shear NH, Betts KA, Soliman AM et al. Comparative safety and benefit-risk profile of biologics and oral treatment for moderate-to-severe plaque psoriasis: A network meta-analysis of clinical trial data. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Sep;85(3):572-581. doi:[10.1016/j.jaad.2021.02.057](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.02.057)

Ilumetri®: una opción excelente tras fracaso a anti-TNF

Carmen Tienza Fernández, Ana Medina Fernández, Ana Carmona Olveira, Jorge Alonso Suárez Pérez, Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de La Victoria (Málaga).

RESUMEN

Paciente mujer de 49 años con psoriasis en placas de moderada a grave de 14 años de evolución, tratada con anti-TNF con mejoría parcial, acabando en recaída. Inicia tratamiento con Ilumetri® en marzo de 2022 consiguiendo una respuesta completa con mejoría de todos los parámetros clínicos, así como los de calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en placas de moderada a grave; tratamiento; terapia biológica; mejoría clínica; PASI; calidad de vida; Ilumetri®

Anamnesis

Acude a consultas una paciente mujer de 49 años, obesa e hipertensa. Inicio de psoriasis en placas de moderada a grave a los 35 años, antecedentes de psoriasis en abuela materna, madre y tías maternas. En seguimiento por el servicio de psiquiatría por síndrome mixto ansioso- depresivo.

Desde el inicio de su patología ha realizado diversos tratamientos iniciando por tratamiento tópico con calcipotriol/betametasona sin mejoría, tras este se inicia tratamiento con etanercept durante 11 años con una mejoría parcial pero adecuada y mantenida de la enfermedad. Sin embargo, en marzo de 2022 acude a nuestras consultas con un brote grave de psoriasis en placas tras el que había abandonado el tratamiento con etanercept alegando su ineficacia.

Exploración

A la exploración notable empeoramiento clínico con un PASI 12, BSA 8, PGA 4 con placas extensas sobre todo en codos, región lumbar y glúteos, así como, psoriasis invertida en región submamaria (**Figuras 1 y 2**).

Además, pasamos una escala de calidad de vida siendo en este momento el DLQI de 16 puntos.

Diagnóstico

Brote de psoriasis grave tras fallo secundario a etanercept.

Tratamiento

Decidimos entonces el cambio de diana terapéutica desde un anti-TNF a un anti-IL-23 eligiendo, en este caso Ilumetri®, debido a nuestra amplia experiencia clínica satisfactoria con este fármaco y el apoyo de los estudios y publicaciones existentes. La dosis pautada fue 100 mg semana 0, semana 4 y luego cada 12 semanas.

Evolución

Acude de nuevo a revisión a los 4 meses del inicio del tratamiento con Ilumetri®, nuestra paciente no refiere haber tenido ningún efecto adverso durante el tratamiento además de la práctica desaparición de las placas, quedando solo una ligera hipopigmentación residual, siendo en este momento el PASI 1, PSA 0,5, PGA 1 (**Figuras 3-5**).

La analítica de control no presentaba ninguna alteración. Además, pasamos de nuevo la escala DLQI obteniendo en este momento una puntuación de 2. Nuestra paciente había conseguido bajar la dosis de su medicación ansiolítica y antidepresiva a raíz de la mejoría de las lesiones cutáneas, habiendo retomado muchas de sus actividades sociales, perdidas a raíz de los problemas psicológicos causados por su enfermedad cutánea.

Conclusión¹⁻³

Nuestra paciente presentaba un fallo secundario al tratamiento con etanercept. Decidimos, entonces, un cambio de diana terapéutica, nos decantamos por Ilumetri® debido al perfil de paciente, la seguridad y nuestra experiencia. La psoriasis es una enfermedad inmunomediada, el tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal de tipo IgG1 dirigido contra la interleuquina 23 p19 haciéndolo, por tanto, un fármaco muy útil en el tratamiento de esta enfermedad. La paciente que presentamos tiene, además de una manifiesta mejoría de lesiones cutáneas, una mejoría de la calidad de vida contrastada por la escala DLQI, pasando de una puntuación de 16 a una puntuación de 2 en un periodo de 4 meses, habiendo conseguido de esta manera una reducción de la medicación ansiolítica y antidepresiva. Ilumetri® sería, por tanto, un tratamiento eficaz en pacientes con psoriasis grave, con una mejoría del PASI BSA y PGA, así como de la esfera psicosocial.



FIGURA 1. Placas extensas en codos y psoriasis invertida en región submamaria.



FIGURA 2. Placas extensas en zona lumbar y glúteos



FIGURA 3. En la revisión a los 4 meses del inicio del tratamiento con Illumetri®, se aprecia la práctica desaparición de las placas, quedando solo una ligera hipopigmentación residual.



FIGURA 4. En la revisión a los 4 meses del inicio del tratamiento con Illumetri®, se aprecia la práctica desaparición de las placas, quedando solo una ligera hipopigmentación residual.



FIGURA 5. En la revisión a los 4 meses del inicio del tratamiento con Illumetri®, se aprecia la práctica desaparición de las placas, quedando solo una ligera hipopigmentación residual.



Bibliografía

1. Sinclair R, Thirthar Palanivelu V. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019 Jan;15(1):5-12 [citado el 21 de noviembre de 2022]. doi:[10.1080/1744666X.2019.1544493](https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1544493)
2. Vu A, Ulschmid C, Gordon KB. Anti-IL 23 biologics for the treatment of plaque psoriasis. *Expert Opin Biol Ther* [Internet]. 2022 [citado el 21 de noviembre de 2022];1-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36243011/>
3. Ruiz Genao DP. Wiley.com. [citado el 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/pb-assets/hub-assets/wchh/Clinical%20cases/Casos%20clnicos/casoclinicosfour-1620029623.pdf>

Una piel nueva, una vida nueva

Diana Camacho García, Lara Vallés Blanco

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Mujer de 60 años con psoriasis en placas de moderada a grave de más de 10 años de evolución, refractaria a varias líneas de tratamiento, que tras presentar reacción paradójica a tratamiento con anti-TNF consigue aclaramiento completo de las lesiones con tildrakizumab.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; reacción paradójica; anti-TNF; tildrakizumab



Anamnesis

Mujer de 60 años con psoriasis en placas de moderada a grave de más de 10 años de evolución. Como antecedentes médicos, destaca que la paciente es fumadora de 30 cigarrillos diarios y había recibido tratamiento con isoniacida durante 6 meses por infección tuberculosa latente. Fundamentalmente tenía placas infiltradas de psoriasis de mediano y gran tamaño en cuero cabelludo, extremidades superiores e inferiores y a modo de pequeñas pápulas en tronco y abdomen. Además, presentaba onicopatía psoriásica de las 20 uñas y psoriasis invertida de difícil control en zona genital que generaban una importante merma en la calidad de vida de la paciente. Como tratamientos previos para la psoriasis había recibido más de 100 sesiones de fototerapia UVBE y acitretina oral que tuvo que ser suspendido por ineficacia y mala tolerancia. A primeros de 2018 inició tratamiento con metotrexato con adecuada respuesta inicial para las lesiones del cuerpo, pero sin suficiente control de la onicopatía psoriásica y de las lesiones en zona genital. Además, la dosis máxima de este fármaco tolerada por la paciente era de 10 mg por semana ya que a dosis más altas presentaba as-tenia e intolerancia digestiva. Por todos estos motivos, se decide añadir tratamiento con adalimumab biosimilar. La paciente acude a las 4 semanas tras el inicio de este fármaco con claro empeoramiento de la psoriasis, mostrando exacerbación de las lesiones pre-existentes y pasando de PASI 11 a PASI 18. En ese momento diagnosticamos reacción paradójica a tratamiento con adalimumab bio-similar¹, suspendemos este fármaco y mantenemos metotrexato 10 mg por semana. A las pocas semanas, instauramos tratamiento con tildrakizumab. Al mes del inicio de tildrakizumab la paciente ya mostraba mejoría del cuadro cutáneo por lo que suspendemos el tratamiento con metotrexato. A los 6 meses de tratamiento con tildrakizumab, la paciente muestra aclaramiento completo de las lesiones en cuero cabelludo, tronco, abdomen, extremidades, zona genital y casi resolución completa de la onicopatía psoriásica.

Exploración

Placas eritematodescamativas infiltradas en dorso de manos, brazos y extremidades inferiores. Onicopatía psoriásica en manos y pies. **(Figuras 1A-6A).**

No podemos mostrar imágenes de cuero cabelludo ni zona genital por no tener consentimiento de la paciente.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave controlada con tildrakizumab tras reacción paradójica a adalimumab.

Tratamiento

Tildrakizumab según ficha técnica.

Evolución

Resolución completa de psoriasis (**Figuras 1B-6B**).

Conclusión

El tildrakizumab es un fármaco que ha demostrado alta eficacia para el control de pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave². En este caso, la respuesta ha sido tremendamente satisfactoria, tanto por la mejoría tras una reacción paradójica a tratamiento anti-TNF como por la resolución completa de las lesiones ungueales y en otras localizaciones especiales, como son el cuero cabelludo y la zona genital.



FIGURA 1. A) Placas eritematodescamativas infiltradas en dorso de manos. B) Resolución completa.



FIGURA 2. A) Placas eritematodescamativas infiltradas en brazos. B) Resolución completa.



FIGURA 3. A) eritematodescamativas infiltradas en extremidades inferiores. B) Resolución completa.

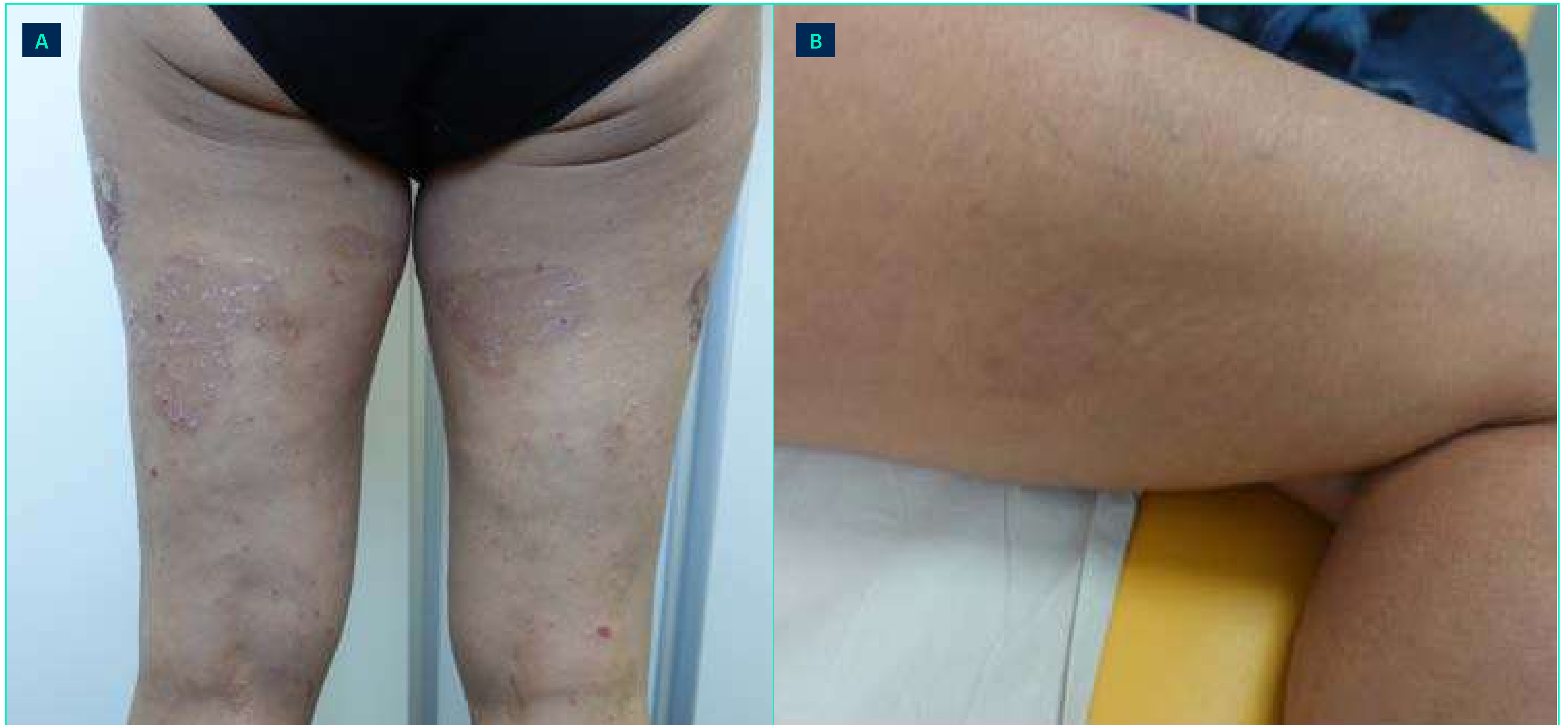


FIGURA 3. A) Placas eritematodescamativas infiltradas en extremidades inferiores. B) Resolución completa.



FIGURA 5. A) Onicopatía psoriásica en pies. B) Resolución completa.



FIGURA 6. A) Onicopatía psoriásica en pies. B) Resolución completa.



Bibliografía

1. Navarro R, Daudén E. Reacciones psoriasiformes paradójicas durante el tratamiento con terapia anti-factor de necrosis tumoral. Manejo clínico. Actas Dermosifiliogr. 2014; 105(8):752-761. doi:[10.1016/j.ad.2013.05.007](https://doi.org/10.1016/j.ad.2013.05.007)
2. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Tying SK, Sinclair R, Thaçi D, Nograles K, Mehta A, Cichanowitz N, Li Q, Liu K, La Rosa C, Green S, Kimball AB. Tildrakizumab versus placebo or etanercept for chronic plaque psoriasis (reSURFACE 1 and reSURFACE 2): results from two randomised controlled, phase 3 trials. Lancet. 2017;390(10091): 276-288. doi:[10.1016/S0140-6736\(17\)31279-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31279-5)

Psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a otras terapias biológicas, tildrakizumab al rescate

María Dolores Benedicto Maldonado, Sara Merino Molina, Carmen Tienza Fernández, Jorge Alonso Suárez Pérez, Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Mujer joven de 34 años sin comorbilidades asociadas, con psoriasis en placas de moderada a grave con afectación de zonas especiales como es el cuero cabelludo de más de 10 años de evolución refractaria a terapias convencionales y biológicos previos. Se muestran los resultados de la paciente tras tratamiento con tildrakizumab.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis grave; psoriasis en placas; psoriasis del cuero cabelludo; tildrakizumab



Anamnesis

Mujer de 34 años sin antecedentes personales de interés, no fumadora, con IMC normal (23,2), peso: 64 kg, talla: 166 cm. Desde su inicio debutó con psoriasis en placas de predominio en áreas extensoras con afectación de cuero cabelludo y onicopatía psoriásica. Realizó tratamientos previos con fototerapia, metrotexato, adalimumab y como último tratamiento empleado con ixekizumab con respuesta parcial que se suspendió por deseo genésico a finales de 2020. Tras parto presenta intenso brote y se decide reintroducir ixekizumab tras suspensión de lactancia materna, sin alcanzar respuesta obtenida previamente. En el momento de la consulta, octubre de 2021, presenta intenso brote de psoriasis en placas con gran afectación de la calidad de vida. No presenta dolor articular.

Exploración

Grandes placas eritematodescamativas con descamación nacarada, base intensamente eritematosa e infiltradas localizadas en abdomen y superficies extensoras. Intensa afectación del cuero cabelludo. Presencia de onicopatía psoriásica (PASI 28, BSA 20, PGA 4). **(Figuras 1-4).**

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Se recomienda inicio de tildrakizumab 100 mg semana 0, semana 4 y posteriormente cada 12 semanas.

Evolución

Acude a revisión en semana +19 de tratamiento consiguiendo respuesta completa (PASI 0, BSA 0, PGA 0). Presentando únicamente máculas hipopigmentadas residuales en piernas y abdomen. **(Figuras 5-7).**



Conclusión^{1,2}

Tildrakizumab, anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea de forma selectiva la IL-23, ha demostrado ser un fármaco efectivo y seguro en ensayos clínicos aleatorizados y en la práctica clínica habitual que además se presenta con una posología cómoda para el paciente. Se presenta un caso clínico de una paciente mujer de 34 años que presenta psoriasis en placas de moderada a grave que presentó en su evolución pérdida de eficacia a otras terapias biológicas en la que se consigue un aclaramiento completo de las placas con tildrakizumab.



FIGURA 1. Grandes placas eritematodescamativas con descamación nacarada, base intensamente eritematosa e infiltradas localizadas en superficies extensoras.



FIGURA 2. Grandes placas eritematodescamativas con descamación nacarada, base intensamente eritematosa e infiltradas localizadas en abdomen.



FIGURA 3. Grandes placas eritematodescamativas con descamación nacarada, base intensamente eritematosa. Intensa afectación del cuero cabelludo.



FIGURA 4. Presencia de onicopatía psoriásica.



FIGURA 5. Revisión en semana +19 de tratamiento consiguiendo respuesta completa (PASI 0, BSA 0, PGA 0).



FIGURA 6. Revisión en semana +19 de tratamiento consiguiendo respuesta completa (PASI 0, BSA 0, PGA 0).

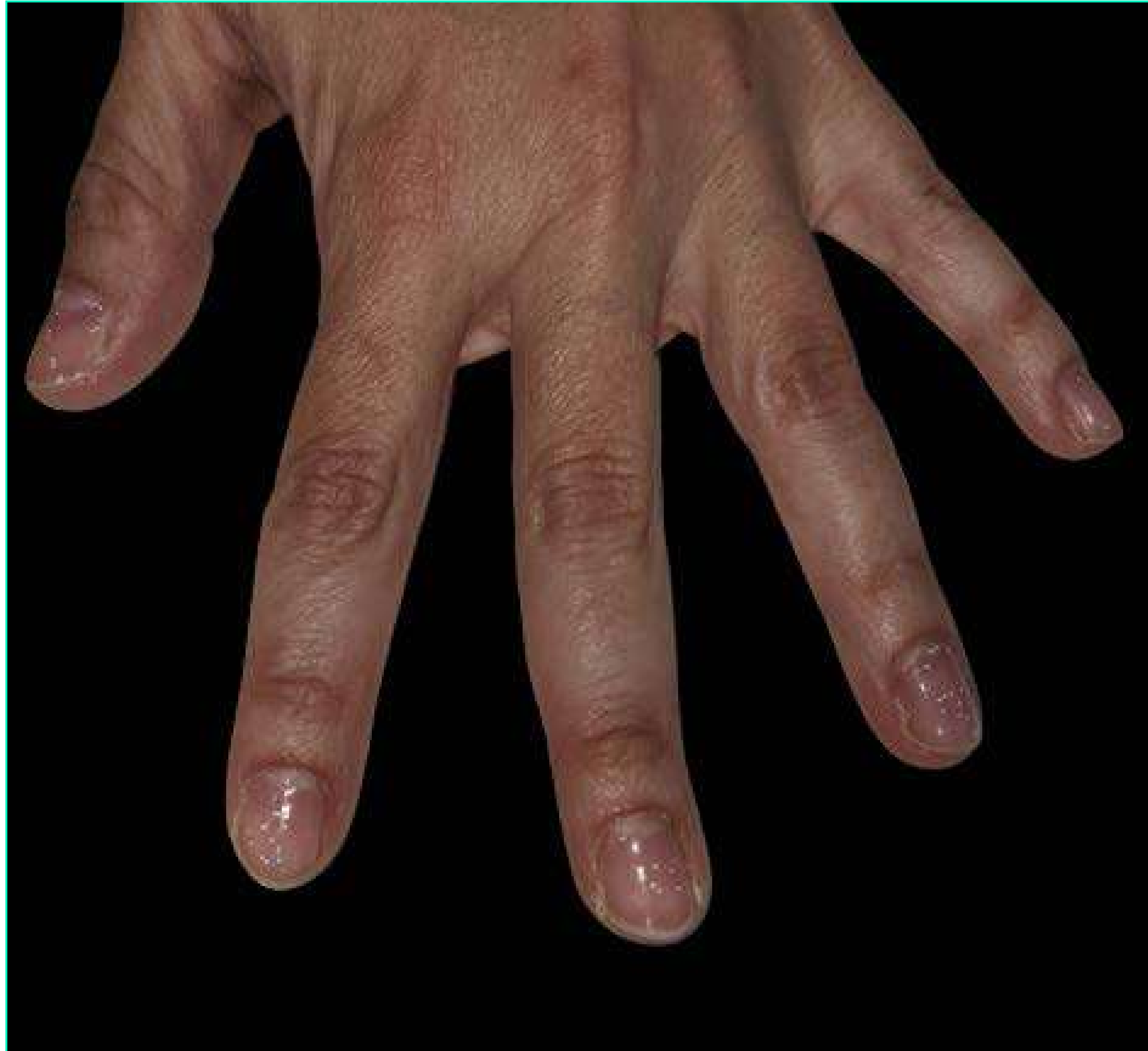


FIGURA 7. Revisión en semana +19 de tratamiento consiguiendo respuesta completa (PASI 0, BSA 0, PGA 0).



Bibliografía

1. Poulin Y, Ramon M, Rosoph L, Weisman J, Mendelsohn AM, Parno J, et al. Efficacy of tildrakizumab by patient demographic and disease characteristics across a phase 2b and 2 phase 3 trials in patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2020;34(7):1500–9. doi:[10.1111/jdv.16187](https://doi.org/10.1111/jdv.16187)
2. Thaci D, Piaserico S, Warren RB, Gupta AK, Cantrell W, Draelos Z, et al. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). *Br J Dermatol* [Internet]. 2021 [citado el 2 de enero de 2023];185(2):323–34. doi:[10.1111/bjd.19866](https://doi.org/10.1111/bjd.19866)

“Doctora, se me olvida pincharme”

Giulia Greta Dradi, Diana Patricia Ruiz Genao, Arantxa Muñiz de Lucas, Marta Menéndez Sánchez, Diego de la Vega Ruiz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Roberto es un paciente con psoriasis en placas de moderada a grave desde que recuerda, además es obeso e hipertenso, y está en tratamiento con adalimumab desde hace 12 años. En los últimos meses Roberto nos confiesa que se olvida con frecuencia de administrarse el tratamiento presentando un empeoramiento lento pero progresivo. Para solventar el problema de adherencia al tratamiento y mejorar su psoriasis, decidimos cambiarle a Ilumetri®. La respuesta ha sido excelente, logrando un PASI 0 en semana 16. A parte del aclaramiento de las lesiones, lo que más valoró el paciente fue el ahorro en número de administraciones, lo que supuso para él una mejoría en su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tildrakizumab; adherencia



Anamnesis

Paciente relativamente sano, con obesidad e hipertensión en tratamiento con valsartán, que convive con una psoriasis en placas de moderada a grave desde los 14 años. En el año 2010 es cuando precisa por primera vez tratamiento sistémico debido a un empeoramiento importante.

Entonces, se trató con ciclosporina durante 2 años en pauta intermitente con mejoría, pero se tuvo que suspender por los efectos secundarios, en concreto una subida en las cifras tensionales que requirió nifedipino para su control. Por ese motivo se decidió iniciar tratamiento biológico empezando con adalimumab cada 2 semanas con buena respuesta inicial, precisando tratamiento concomitante con metotrexato subcutáneo durante un período de 6 meses. Desde el año 2017, debido al buen control de su enfermedad, se pudo incluso espaciar llegando a administrárselo cada 3 semanas. En la última visita, sin embargo, Roberto refería un empeoramiento progresivo, y al indagar sobre un posible factor desencadenante el paciente nos reveló que muchas veces se olvidaba de administrarse la medicación, además de haber engordado casi 10 kilogramos.

Exploración

En este momento, el paciente presenta placas eritematoescamosas de aspecto psoriasiforme de hasta 5 cm en tronco, codos y rodillas con afectación importante de la frente y zona interiliar y malar, con un BSA de 6% y PASI 6,6.

Diagnóstico

El diagnóstico fue de psoriasis en placas de moderada a grave con control parcial con adalimumab y una escasa adherencia al tratamiento.

Tratamiento

Debido al empeoramiento progresivo y a la escasa adherencia al tratamiento, se decidió cambiar a tildrakizumab con inducción inicial según ficha técnica (100 mg en semana 0, 4 y posteriormente cada 12 semanas), teniendo en cuenta la mayor comodidad de administración para solventar el problema de adherencia que presentaba nuestro paciente.

Evolución

El paciente empieza a notar una mejoría rápida ya desde la semana 4 de tratamiento, sin reportar ningún efecto secundario. En semana 16 presenta un PASI 0 con lesiones eritematosas e hipopigmentadas residuales en brazos y abdomen (**Figura 1**).

Conclusión^{1,2}

Tildrakizumab es un tratamiento biológico que inhibe de forma selectiva la subunidad p19 de la interleuquina 23. De esta manera, disminuye el efecto inmunosupresor del fármaco, ofreciendo un perfil de seguridad muy amplio. Su ventaja con respecto a otros inhibidores de esta misma interleuquina son una vida media larga lo que permite su administración cada 12 semanas tras un período de inducción. Esto resulta muy ventajoso tanto para el paciente como para el profesional ahorrando en número de visitas al hospital, número de administraciones y facilitando la adherencia al tratamiento para nuestros pacientes, lo que se traduce en mayor control de la psoriasis.

Por otra parte, resulta también un fármaco muy eficaz, logrando tasas de respuesta mayores comparado con otros inmunosupresores y biológicos como el adalimumab, y que ha podido demostrar en diferentes ensayos clínicos fase 3 (reSURFACE I y II), datos que hemos podido confirmar en nuestra práctica clínica diaria. También tenemos resultados de persistencia del fármaco a 5 años, logrando buenas tasas de control a largo plazo.

En conclusión, el paciente entraría dentro de un perfil de paciente que llamaríamos “complejos”. Se trata de un paciente con una psoriasis de más de 20 años de evolución, obeso, y que ha pasado por muchos tratamientos inmunosupresores previos. Aun así, tildrakizumab ha logrado un control óptimo de su psoriasis y en tiempo récord, alcanzando un PASI 0 ya en semana 16. Esto ha supuesto una clara mejoría en la calidad de vida de nuestro paciente, por un lado, por la resolución de las lesiones, y por otro, por el ahorro en número de pinchazos y los olvidos consecuentes, lo más valorado por el paciente.



FIGURA 1. Semana 12 de tratamiento con tildrakizumab: lesiones eritematosas e hipopigmentadas residuales en brazos y abdomen.



Bibliografía

1. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Tying SK, Sinclair R, Thaçi D, et al. Tildrakizumab versus placebo or etanercept for chronic plaque psoriasis (reSURFACE 1 and reSURFACE 2): results from two randomised controlled, phase 3 trials. *Lancet*. 2017 Jul 15;390(10091):276-288. doi:[10.1016/S0140-6736\(17\)31279-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31279-5)
2. Thaci D, Piaserico S, Warren RB, Gupta AK, Cantrell W, Draelos Z, et al. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). *Br J Dermatol*. 2021 Aug;185(2):323-334. doi:[10.1111/bjd.19866](https://doi.org/10.1111/bjd.19866)

Cuando la posología importa

M.^a Susana Medina Montalvo, Isabel Polo Rodríguez, Marta González Cañete, Elena Lucía Pinto Pulido, Elena García Verdú, Ana Belén Piteiro Bermejo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 68 años con historia de psoriasis en placas de moderada a grave de 25 años de evolución, con un IMC de 33,1, e historia de HTA y EPOC. Además de fármacos tópicos, había recibido tratamiento con sistémicos clásicos (ciclosporina y acitretina). En cuanto a tratamientos biológicos, consiguió buena respuesta a Humira[®], pero se le suspendió por fallo secundario. Posteriormente inició tratamiento con Cosentyx[®] con buena respuesta, pero lo suspendió durante los primeros meses de la pandemia por miedo a la infección. En noviembre de 2020 fue valorado de nuevo, presentando un PASI de 12,6, con un BSA del 15% y DLQI de 13. Se le planteó la posibilidad de reiniciar Cosentyx[®], pero el paciente no era capaz de autoadministrarse la medicación y necesitaba pasar periodos largos fuera por tener que cuidar a un familiar. Por todo ello se inicia tratamiento con Ilumetri[®] en pauta estándar, con buena respuesta, consiguiendo PASI 1,3 a los 6 meses y PASI 0 a los 9 meses, situación en la que se mantiene 2 años después, sin haber presentado efectos adversos y con gran satisfacción por parte del paciente.

PALABRAS CLAVE:

tildrakizumab; psoriasis en placas de moderada a grave; pauta terapéutica

Anamnesis

Varón de 68 años con historia de psoriasis en placas de moderada a grave de 25 años de evolución, con un IMC de 33,1, e historia de HTA y EPOC. Además de fármacos tópicos, había recibido tratamiento con sistémicos clásicos (ciclosporina y acitretina). En cuanto a tratamientos biológicos, consiguió buena respuesta a Humira[®], pero se le suspendió por fallo secundario. Posteriormente inició tratamiento con Cosentyx[®] con buena respuesta, pero lo suspendió durante los primeros meses de la pandemia por miedo a la infección.

Exploración

En noviembre de 2020 fue valorado de nuevo, presentando un brote de placas eritematosas con descamación gruesa, que afectaba especialmente a abdomen, espalda, antebrazos y EEII. El era 12,6, con un BSA del 15% y DLQI de 13. **(Figuras 1-3).**

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Se le planteó la posibilidad de reiniciar Cosentyx[®], pero el paciente no era capaz de autoadministrarse la medicación y necesitaba pasar periodos largos fuera. Por todo ello se inicia tratamiento con Ilumetri[®] 100 mg en semana 0, 4 y cada 12 semanas.

Evolución

La respuesta fue buena, llegando a PASI 1,3 a los 6 meses y PASI 0 a los 9 meses, situación en la que se mantiene 2 años después, sin haber presentado efectos adversos y con gran satisfacción por parte del paciente. **(Figuras 4-7).**

Conclusión¹⁻²

Ilumetri[®] es una opción terapéutica eficaz y segura en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, con una pauta de administración cómoda para el paciente.



FIGURA 1. Brote de placas eritematosas con descamación gruesa en abdomen.



FIGURA 2. Brote de placas eritematosas con descamación gruesa en espalda.



FIGURA 3. Brote de placas eritematosas con descamación gruesa en antebrazos.



FIGURA 4. Respuesta buena, llegando a PASI 1,3 a los 6 meses y PASI 0 a los 9 meses.



FIGURA 5. Respuesta buena, llegando a PASI 1,3 a los 6 meses y PASI 0 a los 9 meses.



FIGURA 6. Respuesta buena, llegando a PASI 1,3 a los 6 meses y PASI 0 a los 9 meses.



FIGURA 7. Respuesta buena, llegando a PASI 1,3 a los 6 meses y PASI 0 a los 9 meses.



Bibliografía

1. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, et al. Tildrakizumab versus placebo or etanercept for chronic plaque psoriasis (reSURFACE 1 and reSURFACE 2): results from two randomised controlled, phase 3 trials. *Lancet*. 2017;390:276–88. doi:[10.1016/S0140-6736\(17\)31279-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31279-5)
2. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):605-17. doi:[10.1111/bjd.18232](https://doi.org/10.1111/bjd.18232)
3. Zhang M, Carter Ch, Olson WH, et al. Patient Preference for Dosing Frequency Based on Prior Biologic Experience. *J Drugs Dermatol*. 2017 Mar 1;16(3):220-226.

Un paciente complejo

Rodolfo David Palacios Díaz, Mónica Pozuelo Ruiz, Conrad Pujol Marco, Rafael Botella Estrada

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia).

RESUMEN

Paciente complejo con infección tuberculosa latente, sospecha de artropatía psoriásica, síndrome metabólico y psoriasis en placas de moderada a grave. Dadas las múltiples comorbilidades, se decidió tratamiento con un inhibidor de IL-23. Tras dos dosis (semana 16) de tildrakizumab, el paciente presentó blanqueamiento completo y mantuvo PASI 0 hacia las 48 semanas.

PALABRAS CLAVE:

infección tuberculosa latente; artropatía psoriásica; tildrakizumab

Anamnesis

Paciente varón de 63 años es remitido para valoración Dermatología desde Reumatología. El paciente se encontraba en estudio por una posible artropatía psoriásica por artralgias en manos y pies de ritmo mixto y un episodio de dactilitis en el tercer dedo de la mano izquierda desde hace 1 año.

Durante la realización de pruebas complementarias, se identificó un nódulo pulmonar calcificado en lóbulo superior derecho y QuantiFERON® para tuberculosis positivo. En consecuencia, el paciente fue remitido para valoración de infección tuberculosa latente por Neumología y la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Además, el paciente presentaba hígado graso y síndrome metabólico.

Exploración

En el examen físico, el paciente presentaba una psoriasis extensa en placas en tronco, glúteos, cuero cabelludo, codos y miembros inferiores (*Body Surface Area* [BSA] 12%) (**Figura 1A-C**). Estas placas eran muy eritematosas, tenían descamación moderada y estaban induradas (*Investigator's Global Assessment* [IGA] 3 - eritema 3, descamación 2, induración 3). En base a los hallazgos físicos, el paciente presentaba psoriasis en placas con *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) 15. Además, el paciente reportó prurito importante (Escala visual análoga [EVA] 8/10).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave, infección tuberculosa latente, síndrome metabólico, sospecha de artropatía psoriásica.

Tratamiento

Dada la afectación extensa, prurito importante y teniendo en consideración las comorbilidades del paciente, se inició tratamiento con tildrakizumab (Ilumetri®) según ficha técnica.

Evolución

En la visita de seguimiento a las 16 semanas y tras solo dos dosis del tratamiento (previo a la tercera dosis), el paciente presentó blanqueamiento completo de las placas de psoriasis con muy escasa hiperpigmentación posinflamatoria (**Figura 2A-C**). Tras 48 semanas de tratamiento, el paciente permanece sin placas de psoriasis, con buena tolerancia al tratamiento y sin efectos adversos.

Conclusión

La psoriasis en placas de moderada a grave es definida si el paciente presenta al menos dos los siguientes criterios: PASI ≥ 11 , BSA ≥ 10 , o sPGA ≥ 3 ¹. Dada la presencia de nuevos fármacos, se deben considerar objetivos terapéuticos óptimos y objetivos clínicos adecuados en el manejo de los pacientes con afectación moderada o grave². Los fármacos inhibidores de la IL-23 han demostrado seguridad en el tratamiento de pacientes con infección tuberculosa latente³. Por otro lado, la quimioprofilaxis contra la infección tuberculosa latente puede desarrollar complicaciones secundarias en pacientes susceptibles, como aquellos con función hepática con afectación moderada o severa, alcoholismo, enfermedad renal crónica, hipersensibilidad a isoniacida o rifampicina, entre otros³. Dada la afectación extensa y las comorbilidades de nuestro paciente, se pautó tildrakizumab con respuesta rápida y mantenida en el tiempo.



FIGURA 1. Psoriasis extensa en placas en glúteos (A) y tronco B y C).



FIGURA 2. Blanqueamiento completo de las placas de psoriasis con muy escasa hiperpigmentación posinflamatoria (visita de seguimiento, a las 16 semanas, y tras solo dos dosis del tratamiento).



Bibliografía

1. Salgado-Boquete L, Carrascosa JM, Llamas-Velasco M, Ruiz-Villaverde R, de la Cueva P, Belinchón I. A New Classification of the Severity of Psoriasis: What's Moderate Psoriasis? *Life* [Internet]. 2021;11(7):627. doi:[10.3390/life11070627](https://doi.org/10.3390/life11070627)
2. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy. Part 1. Concepts and General Management of Psoriasis with Biologic Therapy. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2021;113(3):261-77. doi:[10.1016/j.ad.2021.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.003)
3. Nogueira M, Warren RB, Torres T. Risk of tuberculosis reactivation with interleukin (IL)-17 and IL-23 inhibitors in psoriasis – time for a paradigm change. *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. 2021;35(4):824-34. doi:[10.1111/jdv.16866](https://doi.org/10.1111/jdv.16866)

Tildrakizumab en paciente frágil y revisión de las características de la psoriasis en pacientes de raza negra

Álvaro Aguado Vázquez, Francisco Javier Melgosa Ramos, José María Sánchez Motilla, Almudena Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia).

RESUMEN

La psoriasis puede debutar o agravarse en pacientes de edad avanzada en los que las comorbilidades asociadas pueden condicionar el manejo de la patología. En este contexto, presentamos un caso de psoriasis en paciente frágil tanto por edad como por comorbilidades satisfactoriamente tratado con tildrakizumab, haciendo un especial hincapié en la seguridad, sin haber sido reportados en nuestro caso efectos adversos asociados al tratamiento. Así mismo, la psoriasis en pacientes de raza negra puede suponer un reto diagnóstico, pues se presenta con características clínicas diferentes a los pacientes de raza blanca que suponen la gran mayoría de nuestra práctica clínica. Es por ello, que, aunque menos frecuentes, debemos ser conscientes de estas diferencias en la presentación clínica, para hacer un diagnóstico certero de la psoriasis en estos casos.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis, tildrakizumab, raza negra, paciente frágil



Anamnesis

Mujer de 86 años originaria de Guinea-Bisáu que acude a valoración por Dermatología por un cuadro cutáneo de 20 años de evolución, que se ha agravado en los últimos 9 meses. Dentro de sus antecedentes, destaca una hepatitis B pasada junto con un hígado graso no alcohólico, obesidad con un índice de masa corporal (IMC) de 31,8, hipertensión, hiperlipidemia, síndrome de apnea-ortopnea del sueño, insuficiencia renal grado III y un tromboembolismo pulmonar (TEP) no complicado en 2007 junto con otro TEP masivo en 2015. A todo ello además se añade la complejidad de comunicación con la paciente, al existir una barrera idiomática completa, pudiéndonos solo comunicar con su hija que habla un nivel bajo de inglés.

Exploración

A la exploración física presentaba placas eritematovioláceas bien delimitadas con hiperqueratosis gruesa adherida blanquecina algunas de ellas con base infiltrada que eran clínicamente compatibles con psoriasis afectando al abdomen, espalda tanto a nivel cervical, dorsal como lumbar, miembros inferiores proximales y rodillas y con afectación extensa de cuero cabelludo en el que presentaba una placa que abarcaba la práctica totalidad del mismo.

Por otro lado, en la parte baja de la espalda, las lesiones presentaban un aspecto diferente, con menor delimitación de las mismas, menos descamación, coloración más violácea y con cierta tonalidad y brillo liquenoide, que planteaban un diagnóstico diferencial con una erupción liquenoide (**Figura 1**).

Diagnóstico

Con la conjunción de hallazgos clínicos, se diagnosticó a la paciente por un lado de psoriasis en placas de moderada a grave con afectación extensa incluyendo cuero cabelludo y, por otro lado, dada la duda diagnóstica con una erupción liquenoide, se practicó una biopsia punch de las lesiones de la parte baja de la espalda.

En dicha biopsia, se objetivó una acantosis regular, con elongación de las crestas epidérmicas y dilatación de vasos en las papilas dérmicas, concluyéndose el diagnóstico también de psoriasis en estas lesiones a pesar de sus características clínicas diferentes respecto al resto del tegumento.



Tratamiento

Dada la afectación extensa medida mediante las escalas habituales de severidad de la psoriasis en conjunción con la existencia de múltiples comorbilidades asociadas, se decidió iniciar, previo estudio analítico, de QuantiFERON® y serologías víricas completas que no arrojaron resultados patológicos que no fueran conocidos previamente, tratamiento biológico en nuestra paciente.

En nuestro caso fueron claves las siguientes características para la decisión del tratamiento a instaurar:

- Edad avanzada junto con factores de riesgo cardiovasculares.
- Hepatitis B pasada.
- Imposibilidad de educación de la paciente en el método de administración, siendo preciso administrar el tratamiento por personal de nuestro servicio.

Con todo ello, se decidió iniciar tratamiento con tildrakizumab debido a la existencia de un subanálisis dentro de los ensayos clínicos reSURFACE 1 y reSURFACE 2 en los que se analizó la seguridad en pacientes de edad avanzada demostrando un buen perfil de seguridad en los mismos y por su posología trimestral, que nos permitía que la paciente solamente tuviera que acudir al hospital para administración 1 vez cada 3 meses. Además, tildrakizumab está incluido como tratamiento recomendado por el Grupo Español de Psoriasis como alternativa adecuada de tratamiento en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave y antecedentes con positividad al virus de la hepatitis B.

Evolución

Una vez completado el estudio completo analítico y serológico de la paciente, se inicia tildrakizumab a dosis habitual de 100 mg con pauta de inducción, administrándose la primera dosis en la visita de inicio de tratamiento y la segunda a las 4 semanas.

A las 4 semanas de la primera dosis, se realiza además visita médica presencial de la paciente, en la que ya se objetiva una mejoría sustancial de la psoriasis de la paciente. En esta segunda visita, aun solo con 1 dosis de tratamiento, se objetiva ya un blanqueamiento de parte de las lesiones dejando solamente hiperpigmentación residual y una reducción marcada de la hiperqueratosis e infiltración de aquellas que aún persisten. En el cuero cabelludo se muestra una práctica resolución también de la psoriasis en esta localización.



En esta segunda visita el PASI era de 6 y el BSA de 10 (**Figura 2**).

Dada la buena evolución y tolerancia, se continuó el tratamiento a dosis de mantenimiento, con 1 administración cada 12 semanas. La siguiente visita solamente se realizó administración del tratamiento sin valoración médica, siendo la próxima visita médica presencial a los 6 meses, correspondiente a la 4.^a administración. En este momento, la paciente presentaba una clara mejoría incluso respecto a la visita anterior, con práctico blanqueamiento de las lesiones de psoriasis que dejaban zonas de hiperpigmentación a nivel abdominal y otras de hipopigmentación en la zona de la espalda, con solamente persistencia de alguna lesión de pequeño tamaño, apenas queratósica en la zona dorsal de la espalda. En esta tercera visita a nivel del cuero cabelludo, no se objetivaba ya afectación por su psoriasis.

En este momento el PASI era de 2 y el BSA de 3 (**Figura 3**).

En toda su evolución hasta la actualidad, la paciente ha presentado una muy buena tolerancia al medicamento, sin ser reportados ningún efecto adverso al mismo.

La evolución clínica de las escalas de gravedad relacionada con el tratamiento administrado se representa en la **Figura 4**.

Conclusión¹⁻³

Tildrakizumab ha demostrado en nuestro caso una muy buena efectividad en una paciente con psoriasis en placas de moderada a grave, con afectación incluso de áreas especiales, concretamente en cuero cabelludo; mostrando además un excelente perfil de seguridad, siendo esta nuestra máxima en este caso, dado el perfil de comorbilidades y fragilidad de nuestra paciente. A destacar además la evaluación clínica de los pacientes de raza negra, en los que las diversas dermatosis y en concreto en nuestro caso la psoriasis, se muestran con unas características clínicas diferenciales, entre las que destacan, menor eritema con tendencia a manifestarse con una coloración violácea, mayor descamación, presencia de placas más infiltradas y engrosadas, mayor extensión en superficie y mayor tendencia de alteraciones de la pigmentación al resolverse las lesiones.



FIGURA 1. Psoriasis extensa con afectación de cuero cabelludo, espalda y abdomen. A destacar la marcada hiperqueratosis en la parte alta de la espalda. En la imagen inferior derecha se aprecian lesiones de características diferentes, que plantean diagnóstico diferencial con erupción liquenoide.

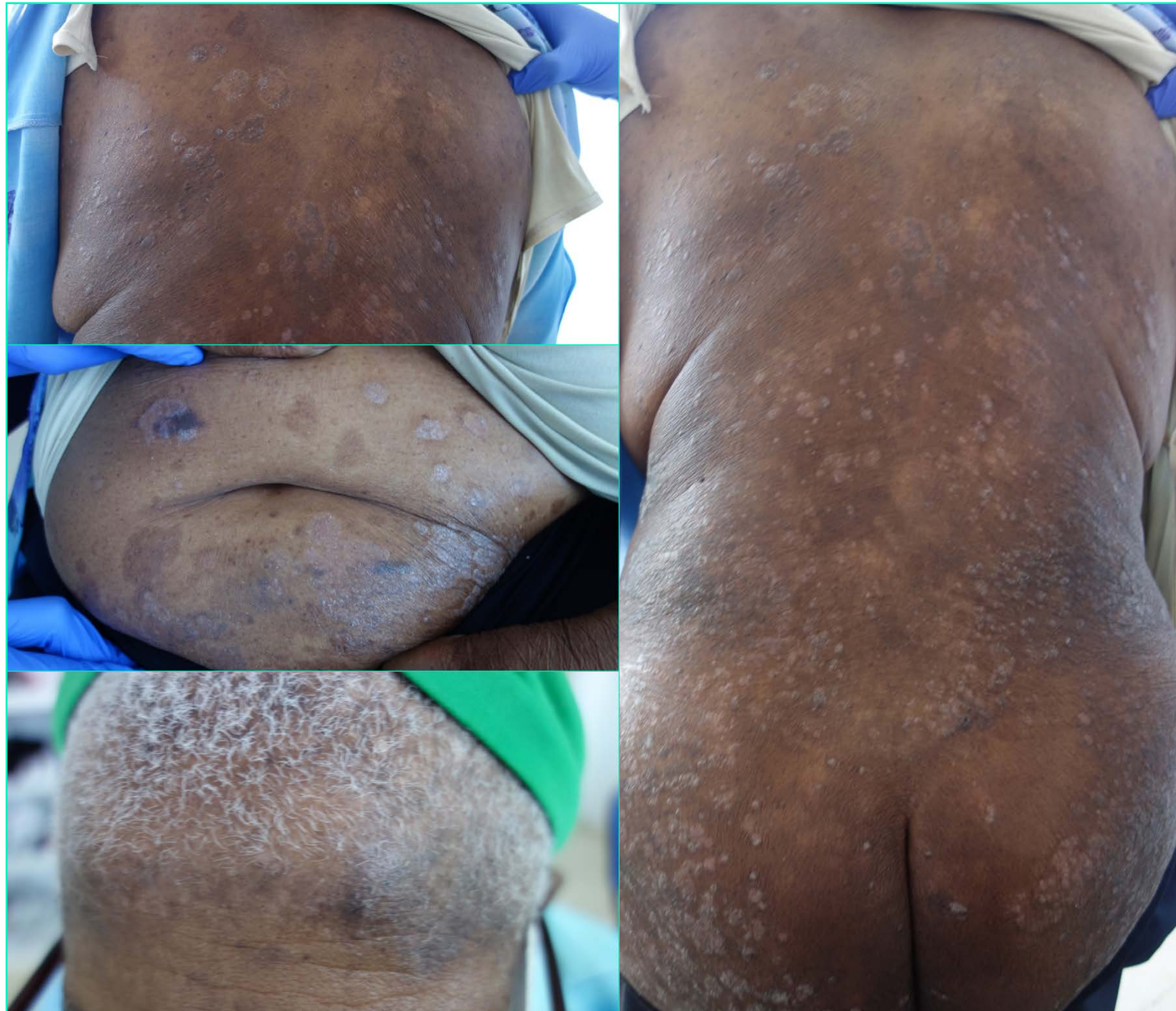


FIGURA 2. Evolución clínica a las 4 semanas tras solo 1 dosis de tildrakizumab.



FIGURA 3. Evolución a los 6 meses de tratamiento, previo a la administración de la 4.^a dosis.

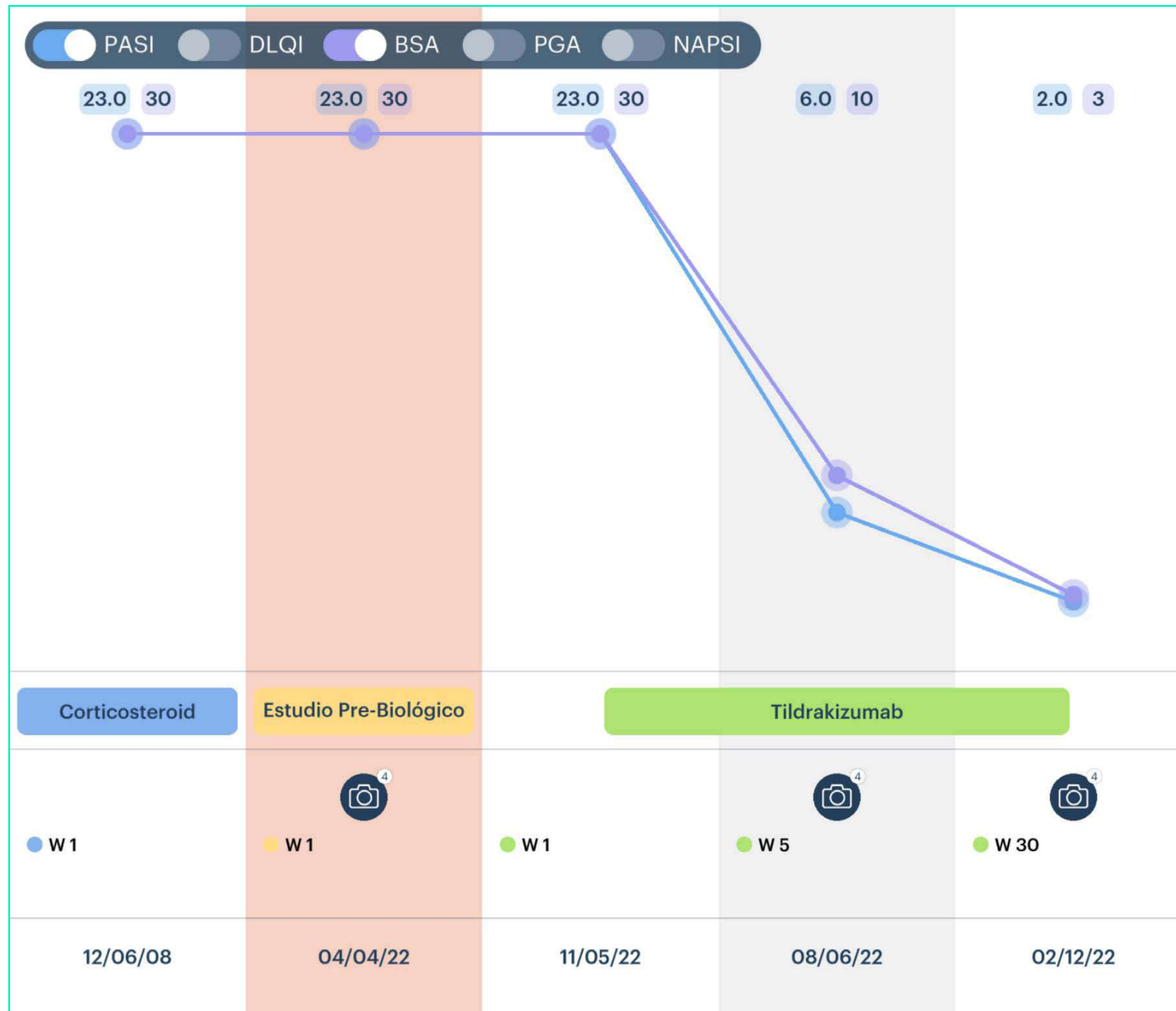


FIGURA 4. Resumen gráfico de la evolución clínica de la paciente empleando la herramienta SAM.



Bibliografía

1. Alexis AF, Blackcloud P. Psoriasis in skin of color: epidemiology, genetics, clinical presentation, and treatment nuances. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2014;7(11):16-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255694/>
2. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):605-17. doi:10.1111/bjd.18232
3. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Lencina JJA, Moreno D, de la Cueva, P. Practical Update of the Guidelines Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPs) on the Treatment of Psoriasis With Biologic Agents: Part 2 - Management of Special Populations, Patients With Comorbid Conditions, and Risk. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 2 «Manejo de poblaciones especiales, pacientes con comorbilidad y gestión del riesgo». *Actas dermo-sifiliograficas*. 2022;113(6), 583–609. doi:10.1016/j.ad.2022.01.040

Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave resistente a otros tratamientos e infección tuberculosa latente

Elena Lucía Pinto Pulido, Marta González Cañete, Elena García Verdú, Susana Medina Montalvo, Ana Belén Piteiro Bermejo, Isabel Polo Rodríguez

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 70 años en seguimiento por psoriasis en placas. Había realizado tratamiento previo con acitretina, apremilast, calcipotril/betametasona y fototerapia, suspendidos por ineficacia o sospecha de efectos adversos. Presentaba placas eritematosas con descamación en gruesa en superficie de ambos codos, en zona lumbar y glúteos, en cara lateral de ambas piernas y en el dorso de ambos pies. Además, presentaba afectación del cuero cabelludo y ungueal. Su índice PASI era de 8,40 con BSA del 7%. A pesar no tener una afectación muy extensa, las lesiones le producían molestias que afectaban de forma significativa a su vida diaria. Se realizó una analítica sanguínea y una radiografía torácica sin alteraciones. La prueba de la tuberculina fue positiva. Se inició tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida. Al mes de iniciar esta terapia se inició tildrakizumab en pauta estándar como tratamiento de su psoriasis. Dos meses después de iniciar isoniazida el paciente presentó una elevación de enzimas hepática, por lo que se suspendió dicho tratamiento, continuando tildrakizumab a pesar de no haber finalizado la terapia antituberculosa. Tras 4 meses de tildrakizumab las enzimas hepáticas se habían normalizado, el paciente refería importante mejoría de su calidad de vida y presentaba remisión de las lesiones cutáneas con un PASI de 0. Tras 9 meses de seguimiento tras el inicio de tildrakizumab el paciente continúa sin presentar ningún efecto adverso.

PALABRAS CLAVE:

tildrakizumab; tuberculosis; inmunodepresión; psoriasis en placas de moderada a grave



Anamnesis

Varón de 70 años en seguimiento por psoriasis en placas de moderada a grave. Como antecedentes era exfumador y padecía dislipemia (en tratamiento con atorvastatina), sin otras comorbilidades. Había realizado tratamiento previo con acitretina, apremilast, calcipotril/betametasona y fototerapia, suspendidos por ineficacia o posibles efectos adversos. El paciente refería que a pesar no tener una afectación muy extensa, las lesiones (especialmente las situadas en pies, incluyendo las ungueales) le producían molestias que afectaban de forma significativa a su vida diaria.

Exploración

A la exploración física presentaba placas eritematosas con descamación en gruesa en superficie de ambos codos, en zona lumbar y glúteos, en cara lateral de ambas piernas y en el dorso de ambos pies (**Figura 1**). Además, presentaba afectación del cuero cabelludo y ungueal. Su índice PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) era de 8,40 con BSA (*Body Surface Area*) del 7%.

Diagnóstico

Por lo tanto, el paciente presentaba psoriasis en placas de moderada a grave y además con afectación del cuero cabelludo y ungueal, resistente a tratamiento tópico y fototerapia.

Tratamiento

Se realizó un hemograma y bioquímica básica sin alteraciones. Se solicitaron serologías descartando infección por VHB, VHC o VIH. La prueba de la tuberculina fue positiva y una radiografía de tórax mostró ausencia de alteraciones, lo que era compatible con una infección tuberculosa latente.

Se inició tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida, asociando vitamina B6. Al mes de iniciar esta terapia se inició tildrakizumab en pauta estándar como tratamiento de su psoriasis.



Evolución

En la revisión a las 4 semanas de inicio de tildrakizumab el paciente ya refería mejoría significativa. Persistían placas de psoriasis en codos y zona lateral de piernas, pero menos gruesas con leve descamación. Sin embargo, en la analítica presentaba una elevación de enzimas hepáticas (GOT 70, GPT 94, bilirrubina total en rango normal) que aumentó a los 15 días (GOT 70, GPT 105, bilirrubina total 1,96).

Con la sospecha de citólisis hepática leve probablemente por isoniazida, se decidió suspender dicho tratamiento. Debido a la experiencia reportada con biológicos anti-IL-23 se decidió continuar el tratamiento con tildrakizumab pese a no haber completado la terapia antituberculosa. En el control analítico 3 meses después de la suspensión de isoniazida las enzimas hepáticas se habían normalizado.

A las 16 semanas de inicio de tildrakizumab el paciente refería importante mejoría de su calidad de vida y presentaba remisión de las lesiones cutáneas con un PASI de 0 (**Figura 2**). Tras 9 meses de seguimiento tras el inicio de tildrakizumab el paciente continúa sin presentar ningún efecto adverso.

Conclusión¹⁻³

Tildrakizumab es un medicamento que ha demostrado eficacia para el tratamiento de la psoriasis y un buen perfil de seguridad en ensayos clínicos y estudios en vida real.

En general, se recomienda realizar cribado de tuberculosis previo al inicio de tildrakizumab y en caso de positividad, iniciar tratamiento antituberculoso. En nuestro caso la terapia con isoniazida no se completó (la pauta en monoterapia incluye un mínimo de 6 meses). Sin embargo, decidimos continuar tildrakizumab debido a que no se ha reportado aumento del riesgo de reactivación de tuberculosis con este fármaco y a que se han reportado otros casos de pacientes en tratamiento con anti-IL-23 con tuberculosis latente no tratada que tampoco progresaron a enfermedad activa.

Consideramos que en casos como el nuestro en el que aparezcan efectos adversos a isoniazida, se puede continuar el tratamiento con tildrakizumab manteniendo un adecuado seguimiento al paciente.



FIGURA 1. Placas eritematosas con descamación en gruesa en superficie de ambos codos, en zona lumbar y glúteos, en cara lateral de ambas piernas y en el dorso de ambos pies.



FIGURA 2. A las 16 semanas de inicio de tildrakizumab el paciente presentaba remisión de las lesiones cutáneas.



Bibliografía

1. Caldarola G, Galluzzo M, Bernardini N, Calabrese L, Grimaldi M, Moretta G, et al. Tildrakizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis: A multicenter, retrospective, real-life study. *Dermatol Ther.* 2022;35(6):e15488.- Gisoni P, Fagnoli MC, Amerio P, Argenziano G, Bardazzi F, Bianchi L, et al. Italian adaptation of EuroGuiDerm guideline on the systemic treatment of chronic plaque psoriasis. *Ital J Dermatol Venerol.* 2022;157(1):1-78. doi:[10.1111/dth.15488](https://doi.org/10.1111/dth.15488)
2. Nast A, Smith C, Spuls PI, Avila Valle G, Bata-Csörgö Z, Boonen H, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34(11):2461-2498. doi:[10.1111/jdv.16915](https://doi.org/10.1111/jdv.16915)
3. NogueiraM, Warren RB, Torres T. Risk of tuberculosis reactivation with interleukin (IL)-17 and IL-23 inhibitors in psoriasis - time for a paradigm change. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021;35(4):824-834.- Norden A, Moon JY, Javadi SS, Munawar L, Maul JT, Wu JJ. Anti-drug antibodies of IL-23 inhibitors for psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(8):1171-1177. doi:[10.1111/jdv.18042](https://doi.org/10.1111/jdv.18042)

Psoriasis grave con afectación de manos y uñas con alto impacto en la calidad de vida: tildrakizumab como opción terapéutica

Ana Medina Fernández, Ana Carmona Olveira, Sara Merino Molina, Jorge Alonso Suárez Pérez, Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Paciente de 39 años con diagnóstico de psoriasis desde los 8 años. Inicialmente presenta enfermedad leve tratada únicamente con tópicos y fototerapia. Posteriormente la enfermedad progresa y desde el año 2008 realiza tratamiento con etanercept semanal de forma intermitente (ha tenido varias gestaciones) con buen control de su enfermedad. En septiembre de 2021 acude a consulta con nuevo brote a pesar de tratamiento con etanercept con PASI 26, BSA 29, PGA 5. Presenta lesiones en tronco y extremidades con afectación además en manos y uñas. No manifiesta dolor articular. La paciente trabaja como administrativo y refiere que las lesiones en manos le ocasionan molestias y dificultad para realizar su trabajo y en las tareas del día a día, lo que disminuye considerablemente su calidad de vida (DLQI 18). Se inicia tratamiento con tildrakizumab con rápida mejoría de las lesiones cutáneas alcanzando a las 16 semanas de tratamiento PASI 0, BSA 0, PGA 0 con mejoría de calidad de vida de la paciente (DLQI 0), quien manifiesta estar muy satisfecha con el tratamiento. A las 52 semanas de tratamiento la paciente continúa manteniendo PASI 0.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis grave; localizaciones especiales; tildrakizumab



Anamnesis

Antecedentes familiares: madre y tía materna con psoriasis. Antecedentes personales: psoriasis desde los 8 años. No tratamiento habitual. No fumadora ni consume alcohol. Altura: 150 cm. Peso: 58 kg. Tratamientos previos: corticoides y análogos de vitamina D tópicos, fototerapia y etanercept.

Paciente de 39 años con psoriasis en placas de moderada grave que realiza tratamiento con etanercept 50 mg semanales desde 2008. Ha sido suspendido en varias ocasiones debido a gestación con mantenimiento de la eficacia tras la reintroducción. Acude a consulta en septiembre de 2021 con intenso brote de 2 meses de evolución a pesar de tratamiento (**Figuras 1-6**). La paciente comenta que la afectación en manos interfiere en su profesión (trabaja como administrativo) y en su día a día, ocasionando molestias locales y, a veces, dolor, con importante afectación de su calidad de vida. No presenta dolor articular ni datos de entesitis o dactilitis.

Exploración

Se observan placas de psoriasis infiltradas al tacto distribuidas en tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores, con afectación de manos y uñas. Eritema grado 3. No datos de artritis. PASI 26, BSA 29, PGA 5. DLQI 18.

Diagnóstico

Brote de psoriasis en grave.

Tratamiento

Dada la intensa afectación se decide suspensión de etanercept e inicio de tratamiento con tildrakizumab a dosis de 100 mg en las semanas 0, 4 y posteriormente cada 12 semanas.



Evolución

A las 16 semanas tras el inicio de tildrakizumab se obtiene remisión completa de la psoriasis, con marcada mejoría de las lesiones ungueales; alcanzando PASI 0, BSA 0, PGA 0 (**Figuras 7-12**). Esto se traduce en una gran mejoría de calidad de vida de la paciente (DLQI 0), quien manifiesta estar muy satisfecha con el tratamiento. En sucesivas consultas el fármaco continúa manteniendo la eficacia y las 52 semanas de tratamiento la paciente continúa con PASI 0.

Conclusión¹⁻³

La psoriasis en localizaciones especiales (palmoplantar, cuero cabelludo, genital, uñas) afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes, por lo cual es necesario el uso de fármacos capaces de mejorar la enfermedad en estas áreas, lo que no siempre resulta fácil.

Tildrakizumab ha demostrado ser un fármaco eficaz en el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave, además con afectación en localizaciones especiales como las manos y las uñas.



FIGURAS 1 y 2. Brote de 2 meses de evolución a pesar de tratamiento.



FIGURAS 3 y 4. Brote de 2 meses de evolución a pesar de tratamiento.



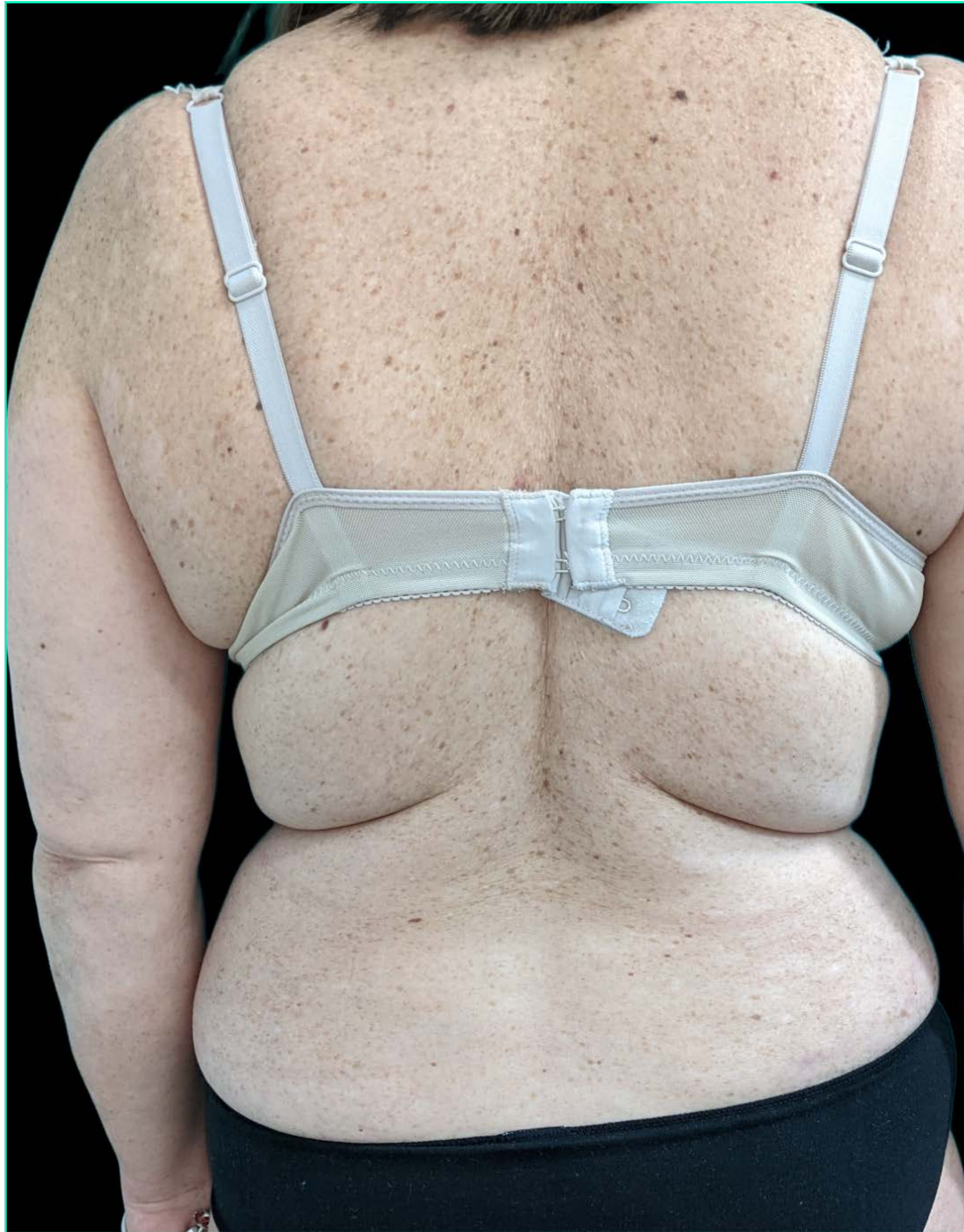
FIGURA 5. Brote de 2 meses de evolución a pesar de tratamiento.



FIGURA 6. Brote de 2 meses de evolución a pesar de tratamiento.



FIGURAS 7 y 8. A las 16 semanas tras el inicio de tildrakizumab se obtiene remisión completa de la psoriasis.



FIGURAS 9 y 10. A las 16 semanas tras el inicio de tildrakizumab se obtiene remisión completa de la psoriasis.

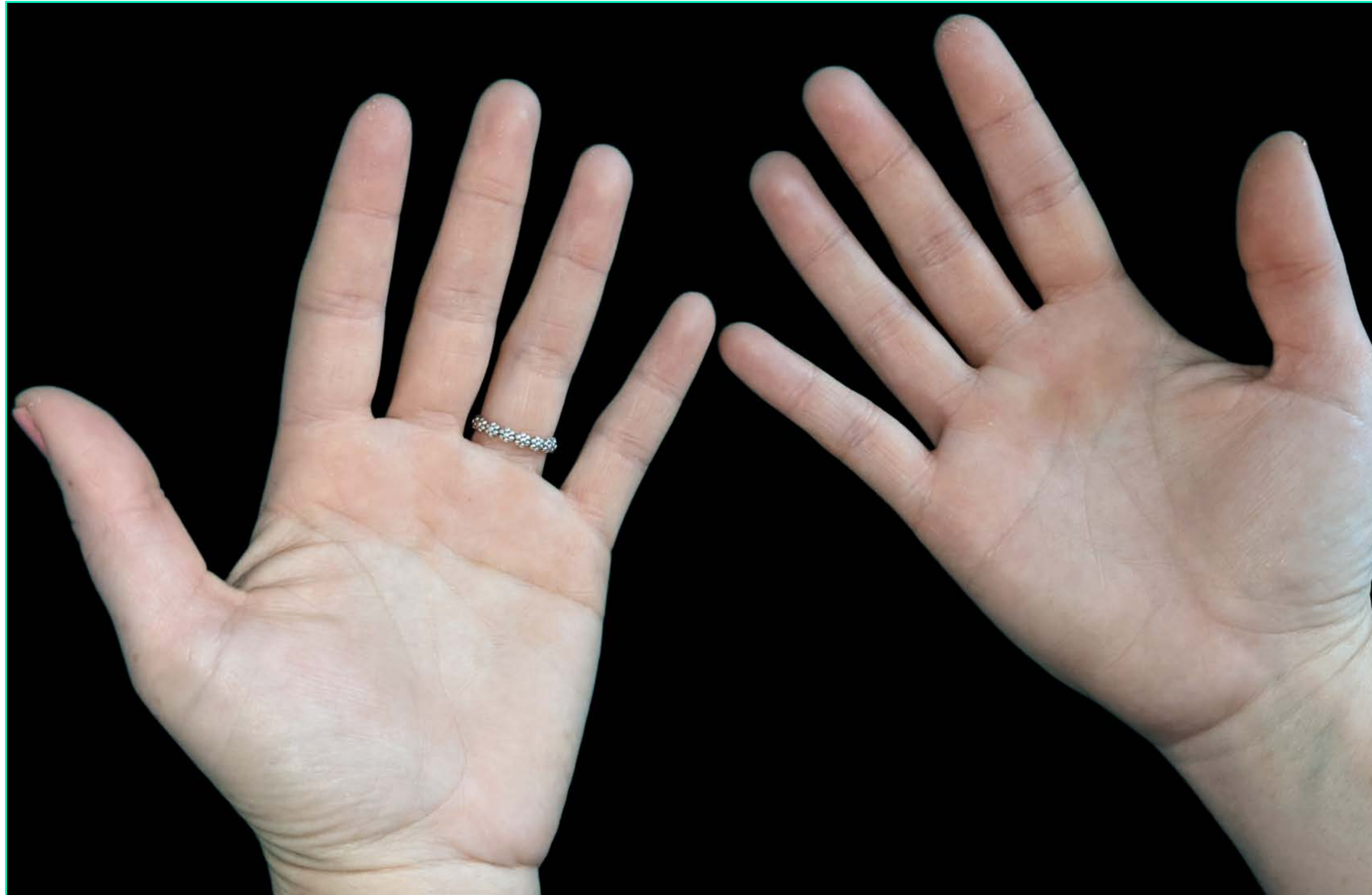


FIGURA 11. A las 16 semanas tras el inicio de tildrakizumab se obtiene remisión completa de la psoriasis, con marcada mejoría de las lesiones ungueales.

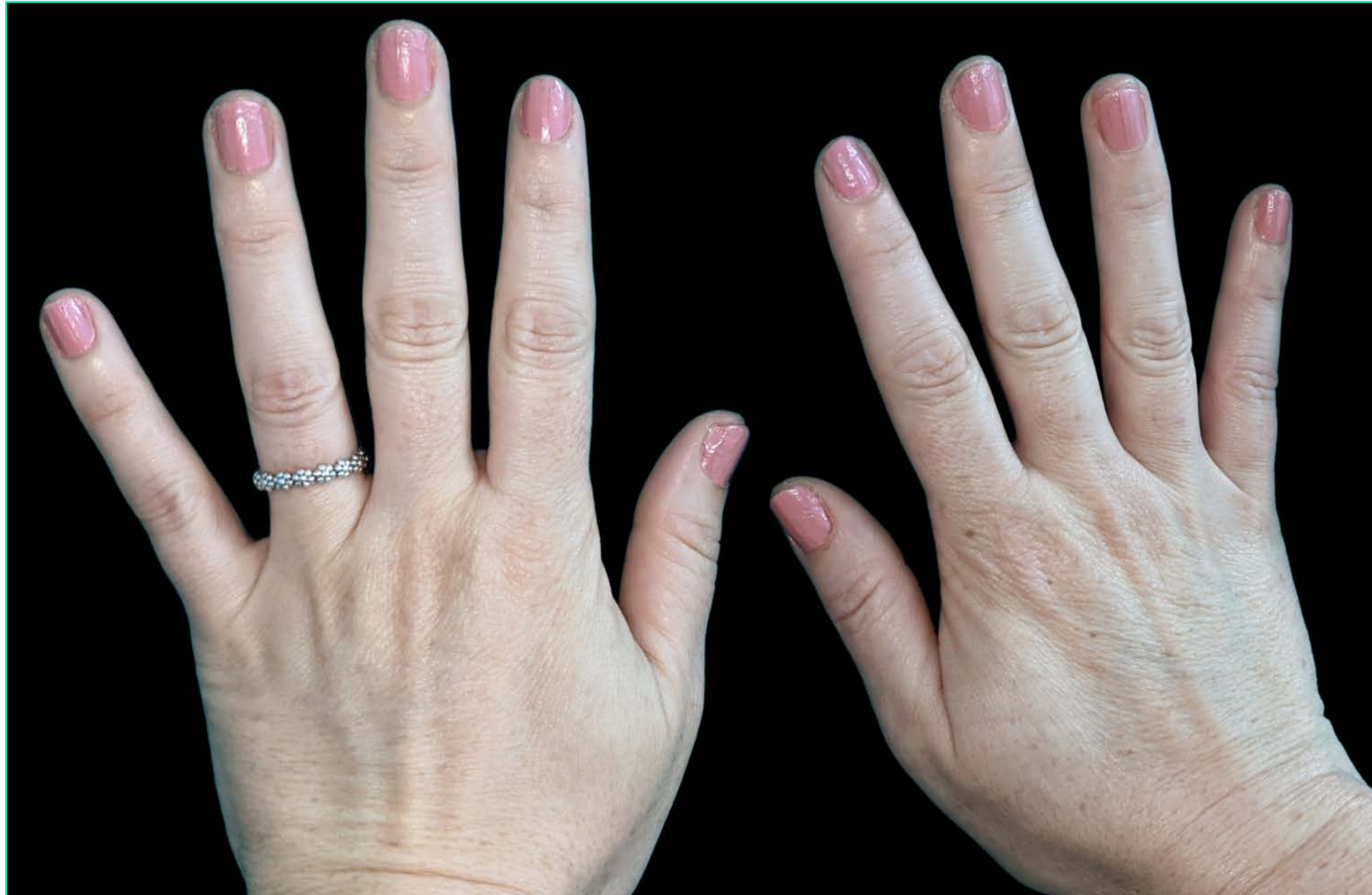


FIGURA 12. A las 16 semanas tras el inicio de tildrakizumab se obtiene remisión completa de la psoriasis, con marcada mejoría de las lesiones ungueales.



Bibliografía

1. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol.* 2020;182(3):605-17. doi:[10.1111/bjd.18232](https://doi.org/10.1111/bjd.18232)
2. Galluzzo M, Talamonti M, Cioni A, et al. Efficacy of Tildrakizumab for the Treatment of Difficult-to-Treat Areas: Scalp, Nail, Palmoplantar and Genital Psoriasis. *J Clin Med.* 2022;11(9). doi:[10.3390/jcm11092631](https://doi.org/10.3390/jcm11092631)
3. Caldarola G, Galluzzo M, Bernardini N, et al. Tildrakizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis: A multicenter, retrospective, real-life study. *Dermatol Ther.* 2022;35(6):e15488. doi:[10.1111/dth.15488](https://doi.org/10.1111/dth.15488)

Psoriasis en placas de moderada a grave que simula pitiriasis rubra pilar con excelente respuesta a tildrakizumab

Isabel Polo Rodríguez, Susana Medina Montalvo, Marta González Cañete, Elena Lucía Pinto Pulido, Elena de Jesús García Verdú, Ana Belén Piteiro Bermejo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Mujer de 22 años con psoriasis en placas de moderada a grave de 2 años de evolución. Sin antecedentes de interés. Había recibido tratamientos tópicos con corticoides tópicos y derivados de la vitamina D en combinación y tratamiento oral con ciclosporina a dosis de 3,5 mg por kilo sin mejoría. Inició tildrakizumab en pauta estándar. Al mes del inicio la paciente tenía placas muy confluentes con zonas de piel respetada y lesiones queratósicas puntiformes en miembros que recordaban a una pitiriasis rubra pilar por lo que la paciente fue biopsiada con diagnóstico histológico de psoriasis. Se mantuvo el tratamiento con tildrakizumab consiguiéndose PASI 100 y una gran mejoría en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en placas de moderada a grave; pitiriasis rubra pilar; tildrakizumab



Anamnesis

Paciente mujer de 22 años, estudiante de grado superior, sin antecedentes de interés. No fumadora ni bebedora. Sin deseo gestacional a corto plazo. Afectación inicial de psoriasis en gotas y en pequeñas placas en tronco y extremidades que se trató con tópicos. Se produjo una extensión progresiva de las lesiones con afectación del cuero cabelludo. En ese momento se pautó tratamiento con ciclosporina a dosis de 3,5 mg por kilo. Se produjo una mejoría inicial, pero a los dos meses del comienzo del tratamiento seguía aumentando la superficie corporal afecta. Con un PASI de 12 y una superficie corporal (BSA) de 22% (**Figuras 1 y 2**) se inició tratamiento con Ilumetri® a dosis de 100 mg en semana 0-4 y cada 3 meses. La paciente presentaba un DLQI de 10.

Exploración

La paciente presentaba placas confluentes de pequeño tamaño, pardo eritematosas con descamación, de forma predominante en tronco, pero con afectación también de cuero cabelludo y extremidades.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Se pauta tildrakizumab 100 mg en pauta estándar (semanas 0-4 y posteriormente cada 12 semanas). Tras la primera dosis las lesiones seguían extendiéndose (**Figuras 3 y 4**), quedando en el tronco solo algún islote de piel sana que recordaba a una pitiriasis rubra pilar. La paciente fue biopsiada con diagnóstico histológico de psoriasis.



Evolución

El tratamiento se mantuvo y tras la segunda dosis de tildrakizumab se observó mejoría teniendo en ese momento un PASI de 2,4 y un BSA de 2,5 de **(Figuras 5 y 6)** con progresiva desaparición de las lesiones hasta llegar a un PASI 0 tras la 4.^a inyección de tildrakizumab **(Figuras 7 y 8)**. La paciente refería una gran mejoría de la calidad de vida, pasando a tener un DLQI de 0 y una gran satisfacción con el tratamiento (EVA 10). La paciente no mostró ningún efecto secundario durante el tratamiento.

Conclusión¹⁻³

Nuestra paciente respondió de forma excelente al tratamiento con tildrakizumab. La mejoría se observó a partir del segundo mes de tratamiento (2.^a inyección) y se consiguió un PASI 0 a lo largo del tiempo con una gran mejoría en la calidad de vida y muy buena tolerancia.



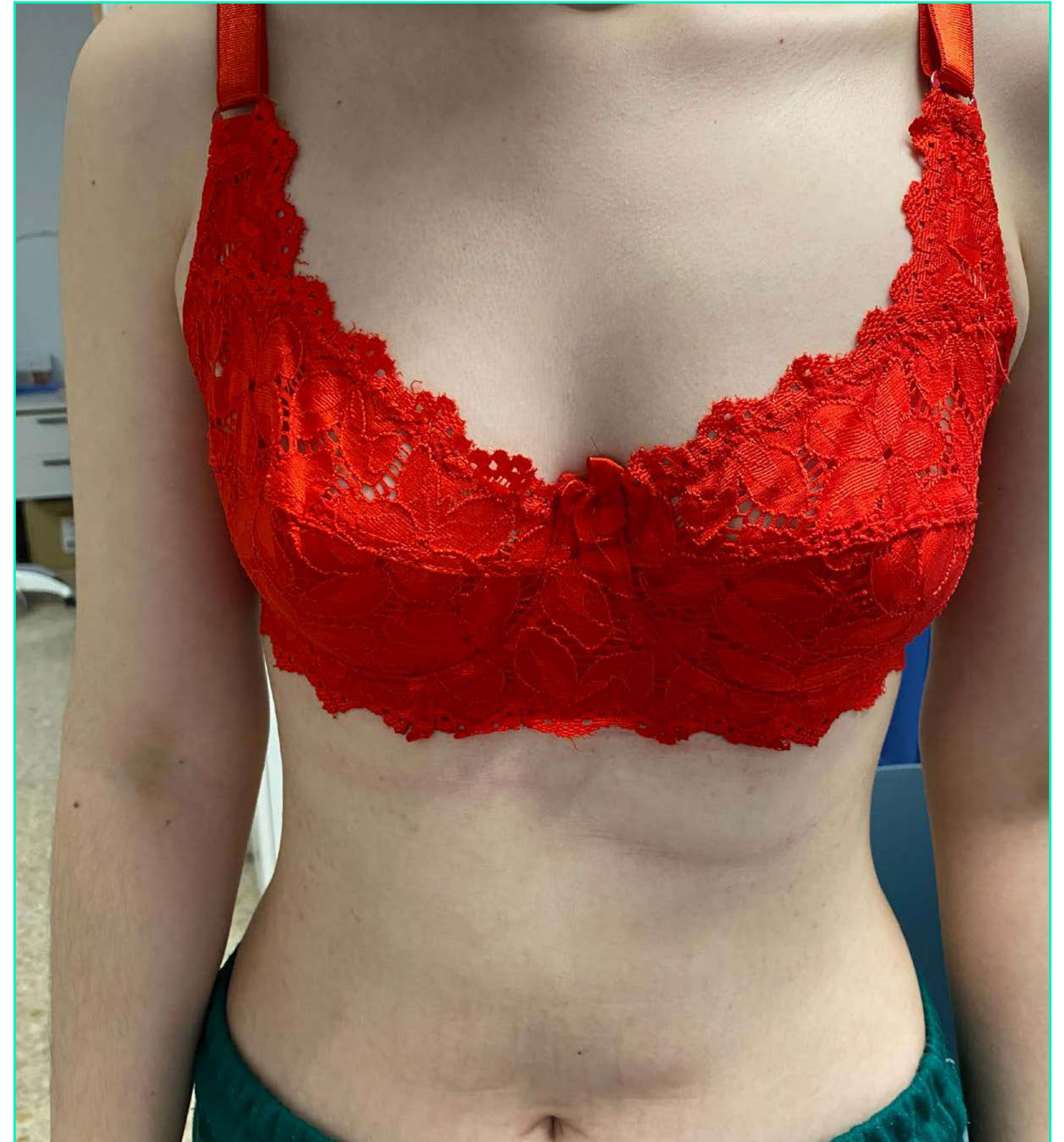
FIGURAS 1 y 2. Afectación inicial de psoriasis en gotas y en pequeñas placas en tronco.



FIGURAS 3 y 4. Tras la primera dosis las lesiones siguen extendiéndose.



FIGURAS 5 y 6. Tras la segunda dosis de tildrakizumab se observó mejoría.



FIGURAS 7 y 8. Progresiva desaparición de las lesiones hasta llegar a un PASI 0 tras la 4.ª inyección de tildrakizumab.



Bibliografía

1. Frampton JE. Tildrakizumab: A Review in Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2019 Apr;20(2):295-306. doi:[10.1007/s40257-019-00435-9](https://doi.org/10.1007/s40257-019-00435-9)
2. Thaci D, Piaserico S, Warren RB, Gupta AK, Cantrell W, Draelos Z, Foley P, Igarashi A, Langley RG, Asahina A, Young M, Falqués M, Pau-Charles I, Mendelsohn AM, Rozzo SJ, Reich K. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). *Br J Dermatol*. 2021 Aug;185(2):323-334. doi:[10.1111/bjd.19866](https://doi.org/10.1111/bjd.19866)
3. Drerup KA, Seemann C, Gerdes S, Mrowietz U. Effective and Safe Treatment of Psoriatic Disease with the Anti-IL-23p19 Biologic Tildrakizumab: Results of a Real-World Prospective Cohort Study in Nonselected Patients. *Dermatology*. 2022;238(4):615-619. doi:[10.1159/000519924](https://doi.org/10.1159/000519924)

Psoriasis en placas de moderada a grave con severa afectación ungueal

Sergio Alique García

Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

RESUMEN

Varón de 40 años diagnosticado de psoriasis en placas de moderada a grave además de intensa afectación ungueal (marcada afectación de su calidad de vida debido a la pérdida de su empleo por las lesiones en las uñas). Mala respuesta terapéutica a tratamientos tópicos (clobetasol en laca de uñas al 8%, calcipotriol/betametasona en espuma) y sistémicos (metotrexato oral, adalimumab y apremilast). Se obtiene una excelente respuesta tras 26 semanas de tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en placas de moderada a grave; psoriasis ungueal; tildrakizumab; calidad de vida

Anamnesis

Varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por psoriasis ungueal asociada a psoriasis en placas de moderada a grave de 2 años de evolución. El paciente sufre un empeoramiento progresivo a pesar de tratamiento tópico con clobetasol en laca de uñas al 8%, calcipotriol/betametasona en espuma, metotrexato oral (hasta 20 mg semanales), adalimumab (40 mg cada 2 semanas) y apremilast (30 mg diarios). El paciente niega sintomatología articular. Se realiza biopsia cutánea que confirma el diagnóstico de psoriasis, así como analítica básica que no muestra alteraciones. El daño ungueal le produce una severa afectación de su calidad de vida, llegando a perder su empleo habitual (es cajero en un supermercado).

Exploración

A la exploración física presenta en tronco y extremidades (**Figura 1**) placas eritematodescamativas, de bordes bien definidos, con infiltración y descamación moderadas. En 1.^a, 2.^a y 3.^a láminas ungueales de mano derecha y en todas las láminas de mano izquierda se observa hiperqueratosis subungueal, manchas en aceite, onicólisis, pits y destrucción parcial de las láminas (**Figura 2**). Menor afectación de uñas de pies. NAPSI 47. PASI 24.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave y con afectación ungueal.

Tratamiento

Tras el empleo de los tratamientos previos se inicia terapia con tildrakizumab 100 mg según ficha técnica (0,4 y cada 12 semanas).



Evolución

Se observa mejoría progresiva a partir de la cuarta semana de tratamiento (**Figuras 3 y 4**) hasta conseguir la práctica resolución de las lesiones ungueales y la total ausencia de placas en el resto de localizaciones corporales. En el momento actual ha alcanzado la semana 26 de tratamiento. El paciente no refiere ningún efecto adverso a la medicación.

Conclusión¹

Tildrakizumab es útil no solo en psoriasis en placas, sino también en localizaciones especiales como las uñas. Destacamos la importancia estética y funcional de dicha localización. A nuestro paciente le costó la pérdida de su empleo y su posterior recuperación tras la mejoría clínica.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas, de bordes bien definidos, con infiltración y descamación moderadas.



FIGURA 2. En 1.^a, 2.^a y 3.^a láminas ungueales de mano derecha y en todas las láminas de mano izquierda se observa hiperqueratosis subungueal, manchas en aceite, onicólisis, pits y destrucción parcial de las láminas.



FIGURA 3. Mejoría progresiva a partir de la cuarta semana de tratamiento hasta conseguir la práctica resolución de las lesiones ungueales y la total ausencia de placas en el resto de localizaciones corporales.



FIGURA 4. Mejoría progresiva a partir de la cuarta semana de tratamiento hasta conseguir la práctica resolución de las lesiones ungueales y la total ausencia de placas en el resto de localizaciones corporales.



Bibliografía

1. Brunasso A. Nail Psoriasis Improvement During Tildrakizumab Therapy: A Real-Life Experience J Drugs Dermatol. 2022 Aug 1;21(8):914-916. doi:[10.36849/JDD.6828](https://doi.org/10.36849/JDD.6828)

Eficacia y seguridad de tildrakizumab en el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en un paciente con infección por VIH

Rodolfo David Palacios Díaz, Carlos Abril Pérez, Mónica Pozuelo Ruiz, Conrad Pujol Marco, Rafael Botella Estrada

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia).

RESUMEN

Los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden desarrollar psoriasis. Presentamos el caso de un paciente varón con psoriasis en placas de moderada y grave y afectación ungueal con múltiples comorbilidades (VIH, síndrome metabólico, trastorno límite de la personalidad y dependencia a opiáceos) con respuesta óptima a tildrakizumab.

PALABRAS CLAVE:

VIH; dependencia a opiáceos; trastorno límite de la personalidad; tildrakizumab



Anamnesis

Paciente varón de 52 años remitido para valoración en Dermatología. El paciente presentaba como antecedente de relevancia infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en tratamiento con terapia antirretroviral, e infección por Virus de la Hepatitis C (VHC) en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Asimismo, el paciente presentaba trastorno límite de la personalidad y adicción a opiáceos en tratamiento con metadona con seguimiento irregular por la Unidad de Conductas Adictivas. Asociado a esto, el paciente presentaba síndrome metabólico y diabetes *mellitus*.

El paciente presentaba psoriasis desde hace aproximadamente 18 años. Como tratamientos previos, había sido tratado con análogos de vitamina D y corticoesteroides, fototerapia y de modo intermitente con metotrexato durante 12 años en dosis variables (7,5 a 15 mg), en vía oral y subcutánea. Posteriormente, había llevado tratamiento con adalimumab. No obstante, tenía mala adherencia al tratamiento y tras suspenderlo por decisión propia, al reiniciarlo desarrolló fallo secundario a este biológico.

Exploración

En el examen físico, el paciente presentaba una psoriasis extensa en placas en miembros superiores, tronco, glúteos y miembros inferiores (*Body Surface Area* [BSA] 7%) (**Figura 1A-D**). Estas placas eran muy eritematosas, tenían una descamación difusa y estaban induradas (*Investigator's Global Assessment* [IGA] 4: eritema 4, descamación 3, induración 4). Además, presentaba afectación de uñas. De acuerdo con la exploración, se calculó un *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) de 16,4. El paciente comentaba prurito grave con una Escala visual análoga (EVA) de 7/10.

Diagnóstico

- Psoriasis en placas de moderada a grave y además afectación ungueal.
- Infección por VIH.
- Trastorno límite de la personalidad.
- Adicción a opiáceos.



Tratamiento

Teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente, el antecedente de baja adherencia a tratamientos previos y la afectación severa, se inició tildrakizumab (Ilumetri®) según ficha técnica.

Evolución

En la visita control a las 4 semanas de iniciado el tratamiento, el paciente presentaba evidente mejoría con menor eritema, descamación e induración (*Investigator's Global Assessment* [IGA] 2: eritema 2, descamación 2, induración 1). En la visita de seguimiento a las 16 semanas, previo a la tercera dosis de tildrakizumab, el paciente presentaba ausencia de lesiones de psoriasis con hiperpigmentación posinflamatoria (**Figura 2A-D**). Hacia la semana 32, el paciente presentó 2 placas de psoriasis en codos, que se controlaron con análogos de vitamina D y corticoesteroides tópicos. Tras 76 semanas de tratamiento, el paciente se encuentra sin placas de psoriasis, con buena tolerancia al tratamiento y sin efectos adversos.

Conclusión

La prevalencia de psoriasis en pacientes con VIH es similar a la tasa en la población general¹. Los pacientes con psoriasis y VIH controlado (carga viral suprimida y CD4 >500 células/ μ L en terapia antirretroviral) pueden ser tratados de modo similar a la población general, y tienen respuesta similar (incluyendo tanto los beneficios como reacciones adversas)². Asimismo, no existe un incremento en el riesgo de infección en los pacientes con la adición de tratamiento sistémico para psoriasis en los pacientes con VIH controlado en comparación con la población general².

La evidencia sobre uso de tratamientos biológicos en psoriasis e infección por VIH es escasa. La información sobre uso de inhibidores de IL-23 en pacientes con VIH deriva de reportes de casos³. No obstante, los pacientes con inhibidores de IL-23 se complican por infecciones oportunistas con menos frecuencia que los inhibidores de TNF- α ¹. En conclusión, presentamos un paciente con múltiples comorbilidades (VIH, síndrome metabólico y dependencia a opiáceos) y psoriasis en placas de moderada a grave con respuesta óptima a tildrakizumab.



FIGURA 1. Psoriasis extensa en placas en miembros superiores, tronco, glúteos y miembros inferiores.



FIGURA 2. En la visita de seguimiento a las 16 semanas, previo a la tercera dosis de tildrakizumab, el paciente presentaba ausencia de lesiones de psoriasis con hiperpigmentación posinflamatoria.



Bibliografía

1. Kaushik SB, Lebwohl mg. Psoriasis: Which therapy for which patient: Focus on special populations and chronic infections. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2019;80(1):43–53. doi:[10.1016/j.jaad.2018.06.056](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.056)
2. Papp KA, Beecker J, Cooper C, Kirchhof mg, Pozniak AL, Rockstroh JK, et al. Use of Systemic Therapies for Treatment of Psoriasis in People Living with Controlled HIV: Inference-Based Guidance from a Multidisciplinary Expert Panel. Dermatol Ther (Heidelb) [Internet]. 2022;12(5):1073–89. doi:[10.1007/s13555-022-00722-0](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00722-0)
3. Myers B, Thibodeaux Q, Reddy V, Chan S, Brownstone N, Liao W, et al. Biologic Treatment of 4 HIV-Positive Patients: A Case Series and Literature Review. J Psoriasis Psoriatic Arthritis. 2021;6(1):19–26. doi:[10.1177/2475530320954279](https://doi.org/10.1177/2475530320954279)

Tildrakizumab: nuevo paciente superrespondedor

Arantxa Muñiz de Lucas, Marta Menéndez Sánchez, Giulia Greta Dradi, Diego de la Vega Ruiz, José Luis López Estebaranz

Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido selectivamente contra la subunidad p19 de la IL-23, una citocina clave para las células Th17. En todos los ensayos clínicos, tildrakizumab ha demostrado una mejoría clínica significativa y un perfil de seguridad favorable. Presentamos a una paciente de 63 años sin antecedentes personales de interés con psoriasis en placas de moderada a grave y gran afectación de la calidad de vida, con pobre respuesta a diversos tratamientos (metotrexato, fototerapia, efalizumab, etanercept, acitretina, ciclosporina, adalimumab y Humira®), con respuesta absoluta a tildrakizumab 100 mg cada 12 semanas con inducción tras la segunda dosis (4 semanas).

PALABRAS CLAVE:

tildrakizumab; interleukina 23; psoriasis

Anamnesis

Se trata de una mujer de 63 años, diagnosticada de psoriasis en placas de moderada a grave desde los 16 años de edad. Había realizado múltiples tratamientos tanto tópicos, sistémicos como biológicos (metotrexato, fototerapia, efalizumab, etanercept, acitretina, ciclosporina, adalimumab y Humira®), estando actualmente en tratamiento con etanercept. La paciente había tenido muy buen control de su psoriasis hasta hacía un año, momento en el cual había comenzado a presentar lesiones cutáneas de forma progresiva. No tenía antecedentes familiares ni personales de interés.

Exploración

A la exploración presentaba placas eritematodescamativas dispersas en piernas, extremidades superiores, abdomen y glúteos (**Figura 1**). El PASI era de 11,1, con un BSA del BSA 10% e IGA de 3. No afectación palmoplantar, ungueal ni de cabeza o cuello.

Diagnóstico

La paciente estaba diagnosticada de psoriasis en placas de moderada a grave desde 16 años.

Tratamiento

Se pautó tratamiento con tildrakizumab 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4 y cada 12 semanas en adelante.

Evolución

Tras la 2.^a dosis a las 4 semanas, la paciente presentó resolución absoluta de las lesiones, con PASI 0, BSA 0, IGA 0 (**Figura 2**). La paciente no refería dolor en el punto de inyección, ni ningún otro acontecimiento adverso.

Tras 20 meses de tratamiento, la paciente persiste sin lesiones cutáneas, encontrándose altamente satisfecha con el fármaco.



Conclusión¹⁻⁵

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido selectivamente contra la subunidad p19 de la IL-23, una citocina clave para las células Th17. En todos los ensayos clínicos, tildrakizumab ha demostrado una mejoría clínica significativa y un perfil de seguridad favorable. Presentamos a una paciente de 63 años sin antecedentes personales de interés con psoriasis en placas de moderada a grave, y pobre respuesta a diversos tratamientos (metotrexato, fototerapia, efalizumab, etanercept, acitretina, ciclosporina, adalimumab y Humira®), con respuesta absoluta a tildrakizumab 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4 y cada 12 semanas en adelante, demostrando la buena tolerancia, seguridad y eficacia del tratamiento con tildrakizumab en la práctica clínica diaria.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas dispersas.



FIGURA 2. Resolución absoluta de las lesiones a las 4 semanas.



Bibliografía

1. Bangert C, Kopp T. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Immunotherapy*. 2018 Sep;10(13):1105-1122. doi:[10.2217/imt-2018-0028](https://doi.org/10.2217/imt-2018-0028)
2. Sinclair R, Thirthar Palanivelu V. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019;15(1):5-12. doi:[10.1080/1744666X.2019.1544493](https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1544493)
3. Frampton JE. Tildrakizumab: A Review in Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2019 ;20(2):295-306. doi:[10.1007/s40257-019-00435-9](https://doi.org/10.1007/s40257-019-00435-9)
4. Ruggiero A, Fabbrocini G, Cinelli E, Ocampo Garza SS, Camela E, Megna M. Anti- interleukin-23 for psoriasis in elderly patients: guselkumab, risankizumab and tildrakizumab in real-world practice. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47(3):561-567. doi:[10.1111/ced.14979](https://doi.org/10.1111/ced.14979)
5. Pithadia DJ, Reynolds KA, Lee EB, Liao W, Wu JJ. Tildrakizumab in the treatment of psoriasis: latest evidence and place in therapy. *Ther Adv Chronic Dis*. 2019 12;10:2040622319865658. doi:[10.1177/2040622319865658](https://doi.org/10.1177/2040622319865658)

Reporte de un caso de psoriasis en placas de moderada a grave tratado con tildrakizumab durante 36 semanas

Elena de Jesús García Verdú, Susana Medina Montalvo, Marta González Cañete, Elena Lucía Pinto Pulido, Isabel Polo Rodríguez

Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 56 años, sin antecedentes patológicos de interés, con psoriasis en placas de moderada a grave en ambos miembros superiores, inferiores y región lumbar, sin artropatía, refractaria a Otezla® y tratamientos tópicos. Se eligió tildrakizumab en pauta estándar por el alto riesgo de reactivación tuberculosa. Se obtuvo una reducción de su PASI (0,5) y de su BSA (0,2) a semana 24, con respecto a los datos basales (PASI 10,40, BSA 6,90) tras 36 semanas de tratamiento, sin notificación de ningún evento adverso. Tildrakizumab pertenece al grupo de terapias dirigidas frente a la subunidad p19 de la interleucina (IL) 23 para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave. A corto plazo, se ha demostrado su eficacia y seguridad, extendiéndose estos resultados hasta los 5 años en algunos estudios, aunque se necesita más evidencia para valorar su eficacia y seguridad a medio-largo plazo en la práctica real. Con este caso pretendemos añadir evidencia que reafirma el buen balance beneficio-riesgo de los inhibidores de la IL23 y, en concreto, de tildrakizumab.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en placas de moderada grave; seguridad; tildrakizumab



Anamnesis

Varón de 56 años, fumador, sin otros antecedentes patológicos de interés, remitido por mal control de psoriasis en placas de moderada a grave sin artropatía de casi 40 años de evolución. Había realizado tratamiento con glucocorticoides y análogos de la vitamina D tópicos sin mejoría, y 12 meses de tratamiento con apremilast 30 mg cada 12 horas (ausencia de nuevos brotes, mejoría del prurito y escaso aclaramiento de las lesiones).

Ante Mantoux positivo sin enfermedad clínica, dudosamente tratado previamente, y la ausencia de alteraciones en las pruebas complementarias solicitadas (hemograma y bioquímica básica, serologías y radiografía de tórax), se inició apremilast 30 mg cada 12 horas. Tras 12 meses de tratamiento solo se obtuvo discreta mejoría.

Exploración

Grandes placas eritematodescamativas infiltradas, con descamación blanca nacarada y halo eritematoso, bien delimitadas, distribuidas en muslo izquierdo, zona lumbar y en cara extensora de ambos antebrazos (**Figura 1**). PASI 10,40, BSA 6,90. Afectación ungueal con piqueteado y mancha en aceite en algunas uñas.

Diagnóstico

Psoriasis en placas moderada a grave.

Tratamiento

Tras comprobar la ausencia de alteraciones analítica o serológicas y de realizar profilaxis antituberculosa, se decidió iniciar tildrakizumab en pauta estándar.

A las 4 semanas, mantuvo buena tolerancia clínica y analítica, mostrando mejoría significativa (placas descritas en revisión previa del mismo tamaño, pero con menor eritema e infiltración). (**Figura 2**).



Evolución

En la semana 16, presentó mejoría clínica con buena tolerancia, observando pigmentación residual en zona lumbar y muslo derecho, y descamación con hiperqueratosis en ambos codos (PASI de 1 y BSA de 1).

A los 6 meses, coincidiendo con su cuarta inyección, solo persistía una placa de pequeño tamaño residual con mínima hiperqueratosis en codo izquierdo (PASI 0,5 y BSA 0,2).

En su última revisión a los 9 meses (quinta inyección), se mantuvieron los buenos resultados clínicos y de seguridad alcanzados. **(Figura 3).**

Conclusión¹⁻³

Con este reporte de un caso de un paciente con psoriasis en placas de moderada a grave tratado 36 semanas con tildrakizumab, pretendemos reafirmar los buenos datos de seguridad y eficacia que los inhibidores selectivos de la IL23 tienen y que los posicionan entre aquellos fármacos dirigidos con mejor balance beneficio-riesgo, poniendo el foco en tildrakizumab.



FIGURA 1. En la exploración inicial se observaron grandes placas eritematodescamativas infiltradas, con descamación blanca nacarada y halo eritematoso, bien delimitadas, distribuidas en cara extensora de ambos antebrazos, zona lumbar y muslo izquierdo.



FIGURA 2. Mejoría significativa a las 4 semanas (placas descritas en revisión previa del mismo tamaño, pero con menor eritema e infiltración).



FIGURA 3. Mejoría clínica con buena tolerancia en la semana 16, observando descamación con hiperqueratosis en ambos codos y pigmentación residual en zona lumbar y muslo izquierdo.



Bibliografía

1. Shear NH, Betts KA, Soliman AM, Joshi A, Wang Y, Zhao J, et al. Comparative safety and benefit-risk profile of biologics and oral treatment for moderate-to-severe plaque psoriasis: A network meta-analysis of clinical trial data. *JAAD Int.* 2021;85:572-81. doi:[10.1016/j.jaad.2021.02.057](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.02.057)
2. Megna M, Tommasino N, Potestio L, Battista T, Ruggiero A, Noto M, et al. Real-world practice indirect comparison between guselkumab, risankizumab, and tildrakizumab: Results from an italian 28-week retrospective study. *J Dermatolog Treat.* 2022;33:2813-20. doi:[10.1080/09546634.2022.2081655](https://doi.org/10.1080/09546634.2022.2081655)
3. Frampton JE. Tildrakizumab: A review in moderate-to-severe plaque psoriasis. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20:295-306. doi:[10.1007/s40257-019-00435-9](https://doi.org/10.1007/s40257-019-00435-9)

Eficacia y seguridad de tildrakizumab en un paciente con antecedente de neoplasia y leishmaniasis

Pablo Hernández Bel, Andrés Grau Echevarría, Jorge Magdaleno Tapial, Amparo Pérez Ferriols

Hospital General Universitario de València (Valencia).

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica, caracterizada por la presencia de placas eritematodescamativas y mediada inmunológicamente. El factor de necrosis tumoral (TNF) es una citoquina proinflamatoria relacionada con diversas enfermedades autoinmunes. El TNF- α tiene una importante acción en la respuesta inmune frente a infecciones, por este motivo, los agentes biológicos anti-TNF se asocian a un mayor riesgo de desarrollo de infecciones oportunistas, como la leishmaniasis¹. Se presenta un caso clínico de un paciente con antecedente de neoplasia y leishmaniosis cutánea, tratado con éxito con tildrakizumab, un inhibidor selectivo de la subunidad p19 de la IL- 23.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; neoplasia; tildrakizumab; leishmaniasis



Anamnesis

Varón de 55 años, con antecedentes de psoriasis en placas de moderada a grave de 20 años de evolución, obesidad y dislipemia. Tratado previamente con metotrexato, acitretina, fototerapia, ciclosporina y adalimumab que fue suspendida por una neoplasia de recto.

Una vez, libre de enfermedad oncológica, se reinició el tratamiento con adalimumab, y durante su seguimiento presentó una úlcera de bordes infiltrados en el antebrazo izquierdo de 3 cm de diámetro de 6 semanas de evolución. El estudio histológico mostró una hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa con presencia de cordones de células epiteliales que infiltraban dermis reticular con un denso infiltrado inflamatorio de predominio plasmocitario y amastigotes dentro de los histiocitos. La PCR de la biopsia cutánea fue positiva para *Leishmania* (Figuras 1-3). Se suspendió el tratamiento con adalimumab y el paciente presentó un rápido empeoramiento de sus lesiones de psoriasis (PASI 18,6, BSA 19, IGA 4) (Figura 4).

Exploración

Se inició tratamiento con antimonio de meglumina intralesional semanal durante 3 sesiones hasta la resolución completa de su leishmaniasis cutánea.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave en un paciente con antecedente de neoplasia y leishmaniasis.

Tratamiento

Debido a los antecedentes personales del paciente, se decide individualizar la actitud terapéutica y buscar mejor perfil eficacia-seguridad, motivo por el que se inicia tratamiento con tildrakizumab 100 mg subcutáneo según ficha técnica, con inducción a semana 0, 4 y a continuación cada 12 semanas.

A las 4 semanas de tratamiento, tras sólo una dosis de tildrakizumab 100 mg, el paciente presenta una buena respuesta terapéutica, alcanzando PASI 3,1, BSA 3 y IGA 2 (Figura 5A-B).



Evolución

Tras 1 año de tratamiento se objetivó un aclaramiento completo de su psoriasis (PASI 0, BSA 0 y IGA 0). El paciente se muestra muy satisfecho con la eficacia del tratamiento y no hubo notificación de efectos adversos durante el tratamiento, ni otros eventos relacionados con la seguridad (**Figura 5C-D**).

Conclusión

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal de alta afinidad anti-IL-23p19 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave, que ha demostrado ser eficaz y seguro a largo plazo (5 años)². Los pacientes en tratamiento con tildrakizumab han mantenido unas tasas de incidencia de neoplasias malignas similares a la población general de EEUU³ durante un período de seguimiento de 5 años. Además, los estudios de seguridad a 5 años demuestran un perfil de seguridad favorable con bajas tasas de infecciones severas⁴.

Consideramos necesario individualizar el tratamiento para cada paciente, según el perfil de seguridad y eficacia. Tildrakizumab demuestra ser una buena opción terapéutica, ofreciendo eficacia y seguridad mantenida más allá de un año de tratamiento en pacientes complejos como el caso presentado.



FIGURA 1. Úlcera de bordes infiltrados en el antebrazo izquierdo de 3 cm de diámetro de 6 semanas de evolución.

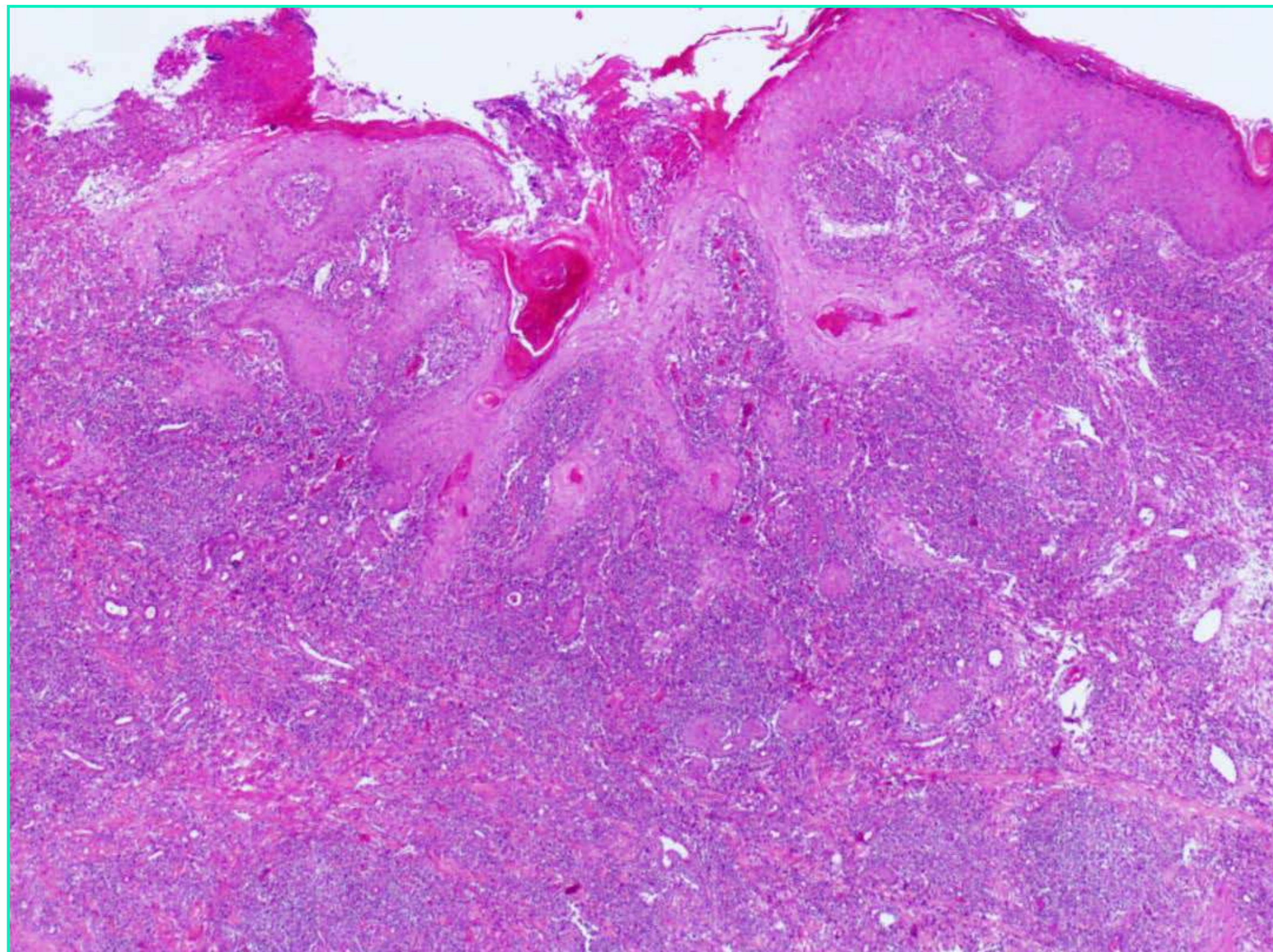


FIGURA 2. Hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa con presencia de cordones de células epiteliales que infiltraban dermis reticular.

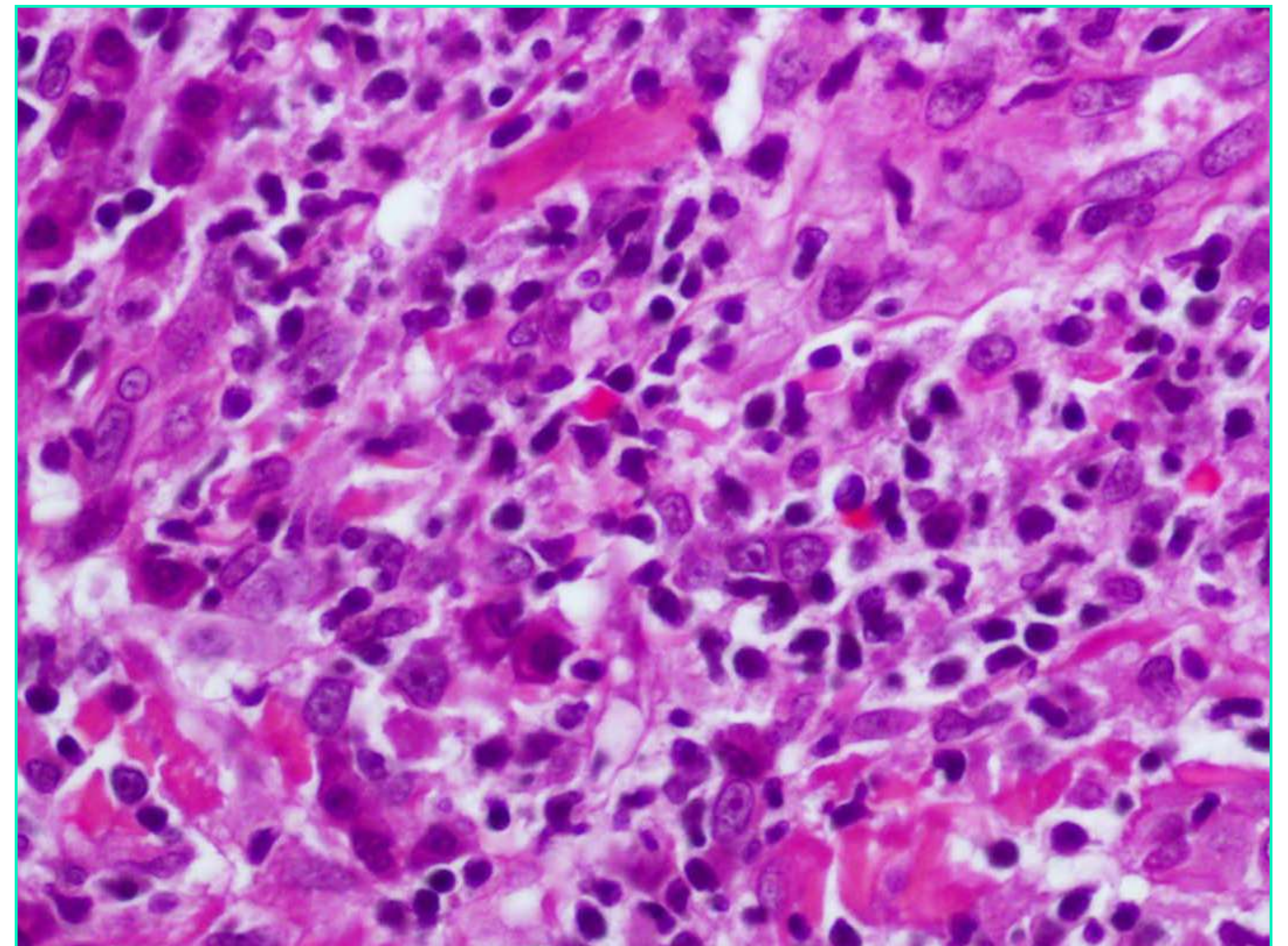


FIGURA 3. Denso infiltrado inflamatorio de predominio plasmocitario y amastigotes dentro de los histiocitos.



FIGURA 4. Rápido empeoramiento de las lesiones de psoriasis.



FIGURA 5. A-B) Buena respuesta terapéutica a las 4 semanas de tratamiento, tras sólo una dosis de tildrakizumab 100 mg. **C-D)** Aclaramiento completo de su psoriasis tras 1 año de tratamiento.



Bibliografía

1. Wallis RS. Infectious complications of tumor necrosis factor blockade. *Curr Opin Infect Dis.* 2009;22:403–9. doi:[10.1097/QCO.0b013e32832dda55](https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e32832dda55)
2. Augustin M, Girolomoni G, Schoenenberger A, Ryzhkova A. High levels of efficacy are well maintained throughout 5 years of treatment with tildrakizumab in patients who achieved PASI<3 response at week 28: pooled analysis from reSURFACE 1 & 2 phase 3 trials. EADV 2020, Poster number: PO365.
3. Puig L, Cather J, Nardone B, et al. Tasa de neoplasias malignas durante un máximo de 5 años de exposición a tildrakizumab: análisis preliminar post hoc de los estudios reSURFACE 1 y reSURFACE 2. *CNP 2020. Actas Dermosifiliogr.* 2021;112(Esp. Secciones y Grupos de Trabajo):159
4. Pinter A, Lacour J, Schoenenberger A, Ryzhkova A. Long-term safety profile of tildrakizumab: Incidence of severe infections over 5 years of treatment in patients with moderate- to-severe psoriasis pooled analyses from reSURFACE 1 and reSURFACE 2 phase 3 trials. EADV 2020, Poster number: PO381.

Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave extensa e infección tuberculosa latente

Irene López Riquelme, José Antonio Llamas Carmona, Ana Serrano Ordóñez, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Trinidad Martín González

Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga).

RESUMEN

Varón de 63 años, sin antecedentes personales de interés. Psoriasis en placas de moderada a grave extensa en tratamiento con metotrexato y tratamientos tópicos desde 2017, con pérdida de eficacia. En previsión de iniciar tratamiento biológico, se solicita analítica con serologías, radiografía de tórax y vacunación recomendada por Medicina Preventiva. Se detectó quantiFERON® positivo, por lo que se sospecha infección tuberculosa latente y se deriva al Servicio de Enfermedades Infecciosas. Inicia profilaxis con isoniazida y piridoxina en diciembre de 2021. Transcurrido un mes desde el inicio de la profilaxis, por recomendación de Infecciosas, comienza tildrakizumab. En tres meses, el PASI se redujo de 15 a 8,40, y a los 6 meses presentaba PASI 0. Finalizó la profilaxis en mayo sin signos de reactivación tuberculosa ni alteración de perfil hepático ni lipídico.

PALABRAS CLAVE:

tildrakizumab; psoriasis; tuberculosis latente



Anamnesis

Varón de 63 años, sin antecedentes personales de interés. Antecedentes de psoriasis en placas de moderada a grave en placas extensa en tratamiento con metotrexato y diferentes tratamientos tópicos desde 2017, con pérdida de eficacia. No presentaba signos de artritis psoriásica.

Exploración

Placas eritematodescamativas en tronco y miembros, con mayor afectación de zona lumbar, codos, cara posterior de muslos y rodillas. PASI 15, BSA 32% (Figura 1A-D).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave extensa.

Tratamiento

En previsión de iniciar tratamiento biológico, se solicita analítica con serologías, radiografía de tórax y vacunación recomendada por Medicina Preventiva. Se detectó quantiFERON® positivo, con radiografía de tórax normal, por lo que se sospecha infección tuberculosa latente y se deriva al Servicio de Enfermedades Infecciosas. Recomiendan profilaxis con isoniazida 300 mg/día y piridoxina 50 mg/día durante 6 meses, comenzando el tratamiento en diciembre de 2021. Transcurrido un mes desde el inicio de la profilaxis, por recomendación de Infecciosas, comienza tildrakizumab, administrándose 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4, y posteriormente cada 12 semanas de mantenimiento.

Evolución

En marzo de 2022 presentaba un PASI de 8,40 y un BSA de 26,50% (Figura 2A-B). En junio 2022, alcanzó PASI 0 (Figura 2C-D). Finalizó la profilaxis en mayo sin signos de reactivación tuberculosa, ni alteración de perfil hepático ni lipídico. Actualmente continúa con tildrakizumab cada 12 semanas y permanece sin lesiones.



Conclusión

Paciente con psoriasis en placas de moderada a grave extensa e infección tuberculosa latente tratado con tildrakizumab mientras realizaba profilaxis infecciosa con isoniazida y piridoxina, con buena respuesta clínica y sin efectos adversos.

Los fármacos biológicos anti-IL23 han demostrado tener un buen perfil de eficacia y seguridad en pacientes con psoriasis, presentando menor riesgo de infecciones oportunistas, así como de exacerbación de brotes de enfermedad inflamatoria intestinal y de enfermedades desmielinizantes en comparación con otros fármacos biológicos¹. En concreto en el caso de la infección tuberculosa, el bloqueo selectivo de IL23 parece no aumentar el riesgo, a diferencia de otros fármacos biológicos como los anti-TNF o los anti-IL12/23². De hecho, se ha demostrado que la ausencia de IL23 no influye en el control de la carga bacteriana ni en la formación de granulomas, siempre y cuando no exista déficit de IL12³. En este sentido, tildrakizumab ofrece una ventaja en cuanto al perfil de seguridad en estos pacientes, en los que también es importante el manejo multidisciplinar y la colaboración con especialistas en enfermedades infecciosas.

En conclusión, tildrakizumab puede considerarse un fármaco eficaz y seguro en pacientes con psoriasis, ya que existe menor riesgo de reactivación tuberculosa, al igual que de otras infecciones oportunistas, en comparación con otros fármacos biológicos.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas en tronco y miembros, con mayor afectación de zona lumbar, codos, rodillas y cara posterior de muslos.



FIGURA 2. A-B) Marzo de 2022: PASI 8,40, BSA 26,50%. C-D) Junio de 2022: PASI 0.



Bibliografía

1. Crowley JJ, Warren RB, Cather JC. Safety of selective IL-23p19 inhibitors for the treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019; 33(9):1676-1684. doi:[10.1111/jdv.15653](https://doi.org/10.1111/jdv.15653)
2. Nogueira M, Warren RB, Torres T. Risk of tuberculosis reactivation with interleukin (IL)-17 and IL-23 inhibitors in psoriasis - time for a paradigm change. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2021; 35(4):824-834. doi:[10.1111/jdv.16866](https://doi.org/10.1111/jdv.16866)
3. Chackerian AA, Chen SJ, Brodie SJ, Mattson JD, McClanahan TK, Kastelein RA, Bowman EP. Neutralization or absence of the interleukin-23 pathway does not compromise immunity to mycobacterial infection. *Infect Immun.* 2006; 74(11):6092-9. doi:[10.1128/IAI.00621-06](https://doi.org/10.1128/IAI.00621-06)

Ilumetri®: aliado en la adherencia al tratamiento de pacientes con psoriasis

Gloria de la Vega Calvo Moreno, Eduardo López Vera, Irene López Riquelme, Daniel Jesús Godoy Díaz, José Antonio Llamas Carmona

Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga).

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de curso crónico y recurrente, inmunomediada, y causada por la interacción entre factores ambientales y una predisposición genética poligénica. Presentamos el caso de un paciente varón de 30 años, con antecedentes de hipertrigliceridemia y hepatitis B, diagnosticado de psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a varios tratamientos sistémicos. Además de las comorbilidades mencionadas, refería cierta aprensión a tratamientos inyectables. El inicio de Ilumetri®, un anticuerpo monoclonal dirigido frente a la IL-23, condujo a un aclaramiento total de las lesiones, con una gran adherencia al tratamiento gracias a su cómoda dosificación.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tildrakizumab; Ilumetri®; interleucina 23



Anamnesis

Paciente varón de 30 años, fumador de 7 cigarrillos/día, diagnosticado de psoriasis en placas de moderada a grave desde los 16 años. Entre sus antecedentes personales de interés, cabe resaltar hipertrigliceridemia, hígado graso no alcohólico, hepatitis B pasada y pancreatocistomía distal, requerida en 2002 tras accidente de tráfico. Después de varios años con buen control de la enfermedad mediante el uso de corticoterapia tópica, en 2015 nace la necesidad de instaurar tratamiento sistémico por primera vez. Las comorbilidades del paciente excluyeron metotrexato y acitretina del régimen de tratamiento. Desde entonces, el paciente ha llevado a cabo pautas de ciclosporina a dosis de 3 mg/kg (fallo primario) y adalimumab (fallo secundario), persistiendo un PASI (índice de gravedad y extensión de la psoriasis) de 7,1, BSA (superficie corporal) de 12,5 y DLQI (índice de calidad de vida en dermatología) de 21.

Exploración

El paciente presentaba múltiples placas eritematosas de morfología redondeada, con moderada descamación y leve infiltración, localizadas preferentemente en las regiones extensoras de extremidades superiores, espalda y extremidades inferiores. (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a tratamiento.

Tratamiento

Los desalentadores datos recogidos en las diferentes escalas de evaluación de la psoriasis propulsaron un cambio en la diana terapéutica. Un apunte crucial que orientó en gran medida la elección del tratamiento fue el temor del paciente a todos aquellos tratamientos que emplearan inyectables como vía de administración, lo que nos hizo descartar aquellos fármacos biológicos cuya posología exigiera administrar inyecciones poco espaciadas en el tiempo. Tras evaluar la afectación clínica, antecedentes personales, comorbilidades y preferencias del paciente, consensuamos el inicio de tratamiento con tildrakizumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la interleucina 23, con una holgada pauta de mantenimiento cada 12 semanas.



Evolución

Tres meses después de iniciar tratamiento con tildrakizumab, todas las placas de psoriasis resistentes a regímenes previos se encontraban en fase de regresión, siendo registrados en esta ocasión un PASI <1, BSA <1 y DLQI 0. Asimismo, el paciente mostraba altos niveles de satisfacción, buena tolerancia y gran adherencia al tratamiento con la posología pautada. A día de hoy, el paciente continúa asintomático, manteniendo 100 mg de tildrakizumab cada 12 semanas. **(Figura 2).**

Conclusión¹⁻⁵

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de curso crónico y recurrente, inmunomediada, y causada por la interacción entre factores ambientales y una predisposición genética poligénica. En la patogenia participan los linfocitos T (Th17, Th1, Th22) y sus respectivas interleucinas (IL2, IL8, IL15, IL17, IL22, IL23, interferón gamma, TNFa). Su incidencia se distribuye en dos picos de edad: psoriasis de inicio temprano (16-22 años) y de inicio tardío (57-62 años). Se caracteriza por la presencia de placas eritematodescamativas, bien delimitadas, que pueden acompañarse de leve prurito, tirantez y quemazón. Se localiza preferentemente en cuero cabelludo, codos, rodillas, uñas, manos, pies y tronco, pudiendo involucrar grandes pliegues. Pueden encontrarse factores desencadenantes como el estrés, alcohol, tabaco, infección estreptocócica, abandono de corticoides tópicos potentes o sistémicos, anti-TNFa o AINE. La principal manifestación sistémica asociada es la artritis psoriásica, aunque también se ha descrito su relación con el síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares o trastornos ansiosodepresivos. El tratamiento tópico con corticoides, inhibidores de la calcineurina y derivados de la vitamina D, queda limitado en aquellos casos de psoriasis leve. Sin embargo, para el manejo de la psoriasis en placas de moderada a grave, son necesarios tratamientos sistémicos, entre los que encontramos: metotrexato, ciclosporina, acitretina, apremilast, dimetilfumarato y terapias dirigidas (anti-TNF, anti-IL17, anti-IL12/23, anti-IL23).

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une de forma específica a la subunidad p19 de la interleucina 23, inhibiendo su interacción con el receptor de IL-23. Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes candidatos a tratamiento sistémico. En los ensayos clínicos pivotaes fase III (reSURFACE 1 y 2), ha demostrado proporcionar una eficacia y seguridad a largo plazo con un cómodo régimen de dosificación. Este último es uno de sus puntos fuertes, pues permite una menor frecuencia de inyecciones, que supone a su vez una mejora en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes. Así, tras las dosis iniciales en las semanas 0 y 4, se administra una inyección cada 12 semanas, esto es, 4 inyecciones al año.



La IL-23 desempeña una función clave en la actividad de las células Th/Tc17, así, su neutralización reduce la expresión de IL-17A y otras citocinas efectoras. No obstante, permanecen funcionantes otras células productoras de IL-17A, disminuyendo así el riesgo de infecciones por *Candida* asociados a los fármacos dirigidos contra la IL-17A. Asimismo, a diferencia de los inhibidores de IL-17A, los fármacos biológicos dirigidos contra la IL-23, pueden ser empleados en enfermedad inflamatoria intestinal.



FIGURA 1. Múltiples placas eritematosas de morfología redondeada, con moderada descamación y leve infiltración, localizadas preferentemente en las regiones extensoras de extremidades superiores, espalda y extremidades inferiores.



FIGURA 2. Placas de psoriasis en fase de regresión 3 meses después de iniciar tratamiento con tildrakizumab.



Bibliografía

1. Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk Factors for the Development of Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2019 Sep 5;20(18):4347. doi:[10.3390/ijms20184347](https://doi.org/10.3390/ijms20184347). PMID: 31491865; PMCID: PMC6769762.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007 Jul 21;370(9583):263-271. doi:[10.1016/S0140-6736\(07\)61128-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61128-3). PMID: 17658397.
3. Bangert C, Kopp T. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Immunotherapy*. 2018 Sep;10(13):1105-1122. doi:[10.2217/imt-2018-0028](https://doi.org/10.2217/imt-2018-0028). Epub 2018 Aug 7. PMID: 30081696.
4. Sinclair R, Thirathar Palanivelu V. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol*. 2019 Jan;15(1):5-12. doi:[10.1080/1744666X.2019.1544493](https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1544493). Epub 2018 Nov 14. PMID: 30394141.
5. Torres T. Selective IL-23 Inhibitors: The New Kids on the Block in the Treatment of Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018 Oct;109(8):674-676. English, Spanish. doi:[10.1016/j.ad.2018.03.016](https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.016). Epub 2018 Jul 2. PMID: 30041866.

Cambiando el pronóstico de los pacientes con cáncer y psoriasis

María Gamo Guerrero, Ana Simón Gozalbo, Emilio Del Río Pena, Pablo de la Cueva Dobao

Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid).

RESUMEN

Caso en práctica clínica real en el Hospital Infanta Leonor de Madrid. El paciente es un varón de 61 años con el antecedente de linfoma de Burkitt hace 10 años, en remisión completa en este momento; que presenta un cuadro de psoriasis en placas de moderada a grave mal controlada tras haber realizado tratamiento tópico con calcipotriol y betametasona y varios ciclos de fototerapia, y con un gran impacto en su calidad de vida. Se decide iniciar tratamiento con Ilumetri® (tildrakizumab) 100 mg cada mes, espaciando el fármaco tras las dos primeras dosis cada 12 semanas. En la semana 4 el paciente presenta una gran mejoría, acudiendo en la semana 16 sin lesiones con un alto nivel de satisfacción. Actualmente el paciente, tras un año y medio de inicio del tratamiento, permanece prácticamente sin lesiones, su calidad de vida ha mejorado, y hemos conseguido controlar una psoriasis en placas de moderada a grave en un paciente complicado por su antecedente oncológico con un fármaco muy seguro y eficaz.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; cáncer; seguridad; Ilumetri®; tildrakizumab



Anamnesis

Varón de 61 años, con el antecedente de linfoma de Burkitt tratado hace 10 años, actualmente en remisión completa. Acude por primera vez a las consultas de Dermatología del Hospital Infanta Leonor con el diagnóstico de psoriasis desde la adolescencia. Ha realizado tratamiento tópico con calcipotriol y betametasona y varios ciclos de fototerapia, con mal control de su enfermedad a lo largo de los años. Ha consultado a varios dermatólogos en el pasado, y a pesar de que la psoriasis limita su calidad de vida, nunca ha recibido tratamiento sistémico por ser un paciente de alto riesgo debido al antecedente oncológico.

Exploración

A la exploración física presentaba múltiples placas eritematodescamativas generalizadas en tronco y extremidades, junto con importante afectación de cuero cabelludo. No se objetivó afectación de palmas ni plantas ni genitales. No afectación ungueal. No se observaron lesiones pustulosas. El paciente puntuó 11,5 en el Índice de Gravedad del Área de Psoriasis (*Psoriasis Area Severity Index*, PASI). La evaluación global de la enfermedad por el médico (*Physician's Global Assessment*, PGA) fue de 3. En cuanto a la afectación articular, el paciente presentaba en la escala PURE-4 una puntuación de 0. Tampoco presentaba afectación ungueal (onicopatía 1/4). Por último, pudimos comprobar que el paciente presentaba una afectación severa de su calidad de vida tras obtener una puntuación de 21 en el índice de Calidad de Vida en Dermatología (*Dermatology Life Quality Index*, DLQI).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave, extendida en tronco, extremidades y cuero cabelludo, en paciente oncológico con importante afectación de evolución.



Tratamiento

En junio de 2021, tras realizar una analítica con hemograma y bioquímica completa, Mantoux y placa de tórax, se comenta el caso con el hematólogo del paciente y se decide de manera conjunta iniciar tratamiento con Ilumetri® (tildrakizumab) 100 mg subcutáneo, dada la seguridad en pacientes oncológicos y eficacia. El fármaco se administró en la semana 0 y en la 4 y después se espació la pauta cada 12 semanas, recibiendo la tercera dosis en la semana 16. Actualmente, en enero de 2023, continúa con la misma pauta de tratamiento cada 3 meses.

Evolución

Desde la primera administración del nuevo fármaco, el paciente presentó franca mejoría, acudiendo en la semana 4 con disminución en el número de lesiones, persistiendo alguna placa, pero menos infiltrada y menos descamativa, en zona periumbilical, en codos y cuero cabelludo, objetivándose un PASI de 4,5 y un PGA de 1. No refirió ningún evento adverso. En la revisión en semana 16, presentaba práctica resolución de las lesiones, persistiendo máculas hiperpigmentadas posinflamatorias en las áreas donde previamente había tenido placas de psoriasis, habiendo alcanzado un PASI de 1 y un DLQI de 0, consiguiendo así una mejoría evidente a la exploración con un alto índice de satisfacción de 9/10 del paciente con tan solo dos dosis del fármaco y sin evidenciar eventos adversos. A lo largo de las siguientes visitas, el paciente mantuvo una buena respuesta clínica y tolerancia, con controles analíticos dentro de la normalidad.

Dada la buena respuesta y tolerancia al fármaco, a día de hoy en enero de 2023, el paciente sigue recibiendo tildrakizumab 100 mg subcutáneo cada 12 semanas, manteniendo PASI 1-2 en cada visita y una calidad de vida excelente.



Conclusión

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica inmunomediada que afecta al 2-4% de la población en Europa y Norteamérica¹. Se considera una enfermedad inflamatoria sistémica con numerosas comorbilidades, asociada a una importante carga física y psicológica con graves efectos sobre la calidad de vida². Cada vez se conoce más sobre la patogenia de esta enfermedad, estando implicadas múltiples citoquinas como la interleucina (IL)-17 y la IL-23¹. Gracias a los conocimientos crecientes sobre esta enfermedad, se ha conseguido en la última década modificar por completo el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Una de las novedades es el tildrakizumab, anticuerpo monoclonal humanizado dirigido específicamente contra la subunidad p19 de la IL-23³. En nuestro paciente decidimos iniciar este tratamiento dado que nuestra prioridad, al presentar el antecedente de un linfoma de Burkitt, era elegir un fármaco que reuniera seguridad y eficacia, y según la literatura^{4,5}, tildrakizumab es un fármaco que cumple ambos requisitos. Presentando este caso clínico en práctica clínica real, concluimos que Ilumetri® es eficaz en los casos de psoriasis en placas de moderada a grave, incluso en localizaciones especiales como el cuero cabelludo, con una alta seguridad y escasos efectos adversos; obteniendo resultados rápidos y favorables desde la primera dosis y especialmente visibles desde la semana 16. Con este fármaco, podemos en la actualidad dar la oportunidad de mejorar a aquellos pacientes con graves comorbilidades, consiguiendo así modificar el pronóstico y el curso de esta enfermedad que en muchos casos llega a limitar de manera severa la calidad de vida de los pacientes.



Bibliografía

1. Näslund-Koch C, Zachariae C, Skov L. Tildrakizumab: An Evidence-Based Review of Its Use in the Treatment of Moderate-to-Severe Chronic Plaque Psoriasis. *Ther Clin Risk Manag*. 2020 Sep 24;16:903-916. doi:[10.2147/TCRM.S227880](https://doi.org/10.2147/TCRM.S227880). PMID: 33061395; PMCID: PMC7522402.
2. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. *JAMA*. 2020 May 19;323(19):1945-1960. doi:[10.1001/jama.2020.4006](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006). PMID: 32427307.
3. Ghazawi FM, Mahmood F, Kircik L, Poulin Y, Bourcier M, Vender R, Wiseman MC, Lynde C, Litvinov IV. A Review of the Efficacy and Safety for Biologic Agents Targeting IL-23 in Treating Psoriasis With the Focus on Tildrakizumab. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Aug 10;8:702776. doi:[10.3389/fmed.2021.702776](https://doi.org/10.3389/fmed.2021.702776). PMID: 34447766; PMCID: PMC8383205.
4. Ruggiero A, Camela E, Potestio L, Fabbrocini G, Megna M. Drug safety evaluation of tildrakizumab for psoriasis: a review of the current knowledge. *Expert Opin Drug Saf*. 2022 Dec;21(12):1445-1451. doi:[10.1080/14740338.2022.2160447](https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2160447). Epub 2022 Dec 28. PMID: 36527300.
5. Thaci D, Piaserico S, Warren RB, Gupta AK, Cantrell W, Draelos Z, Foley P, Igarashi A, Langley RG, Asahina A, Young M, Falqués M, Pau-Charles I, Mendelsohn AM, Rozzo SJ, Reich K. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). *Br J Dermatol*. 2021 Aug;185(2):323-334. doi:[10.1111/bjd.19866](https://doi.org/10.1111/bjd.19866). Epub 2021 May 4. PMID: 33544883.

Una opción segura y efectiva incluso en los casos más difíciles

Emilio del Río, Ana Simón Gozalvo, María Gamo Guerrero, Pablo de la Cueva Dobao

Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid).

RESUMEN

Varón de 51 años con psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a tratamiento sistémico convencional, con un Mantoux positivo y daño hepático. Por todo ello inicia tratamiento con Ilumetri® (tildrakizumab) 100 mg según ficha técnica con una rápida y completa respuesta, en 12 semanas no presentaba lesiones. Destaca el perfil de seguridad y tolerancia en un paciente donde no se podría emplear otro biológico.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis, Ilumetri®, tuberculosis



Anamnesis

Varón de 51 años con antecedentes de discapacidad psíquica moderada, con diagnóstico de psoriasis de años de evolución, en seguimiento por parte de nuestro servicio desde 2017, ha realizado tratamiento con diferentes fármacos tanto tópicos como sistémicos: acitretina, fototerapia, corticoides tópicos, calcipotriol con escasa mejoría, acude de nuevo a nuestra consulta en junio de 2022.

Exploración

A la exploración física se apreciaban placas eritematoescamosas en dorso de manos y codos lesiones que no mejoraron con ninguno de los tratamientos recibidos previamente, presentaba también lesiones en cuero cabelludo, región interglútea y nalgas. Se observaba asimismo afectación ungueal en forma de piqueteado.

No presentaba afectación articular. El cuestionario de cribado de artropatía (PURE 4) tenía una puntuación de 0.

El paciente tuvo una puntuación de 13,6 en el índice de gravedad de psoriasis (*Psoriasis Area Severity Index*), lo que se corresponde con psoriasis grave.

Como parte del estudio previo el inicio de un fármaco biológico se realiza analítica de sangre que muestra daño hepático, a través de la elevación de transaminasas, y alteración del perfil lipídico, estando elevados los triglicéridos y colesterol-LDL. Los anticuerpos antiHBC fueron positivos.

Realizamos una prueba de la tuberculina, que fue claramente positiva, con una induración de 30 mm.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave en paciente con infección tuberculosa latente, síndrome metabólico y hepatopatía.



Tratamiento

En julio de 2022, ante el mal control con tratamientos previos, se inicia tratamiento con Ilumetri® (tildrakizumab) 100 mg. El fármaco se administró según ficha técnica a las 0, 4, 12 semanas tras la visita basal, posteriormente cada 12 semanas. La elección de este fármaco sobre otros biológicos se debe a la positividad de la tuberculina en un paciente con daño hepático y dislipemia, lo que contraindica el tratamiento con isoniacida, ya que Ilumetri® tiene evidencia de seguridad en esta clase de pacientes.

Evolución

Con el inicio del tratamiento con Ilumetri® el paciente mostró buena tolerancia y adherencia. Sin empeoramiento analítico ni reactivación de la enfermedad tuberculosa. En la visita a las 12 semanas, enero de 2023, tras el comienzo no se aprecian nuevas lesiones y las previas habían desaparecido. El PASI, BSA y PGA en este caso fueron de 0, el DLQI fue también de 0. El paciente valora de forma positiva su evolución favorable y la comodidad de poder administrarlo cada 12 semanas.

Conclusión

Nos encontramos ante un paciente con psoriasis en placas de moderada a grave de años de evolución, con brotes graves e interferencia significativa en su calidad de vida a pesar de múltiples tratamientos previos. Su patología hepática y metabólica de base sobreañadidas a su infección tuberculosa latente limitan las posibilidades terapéuticas.

Existe evidencia científica que avala el empleo de Ilumetri® en pacientes con Mantoux positivo sin riesgo de reactivar la enfermedad tuberculosa¹.

Ilumetri® demostró su efectividad incluso en las formas más graves de psoriasis^{2,3}.

Ilumetri® mostró un control óptimo y rápido de la enfermedad, ya que tras solamente 12 semanas de tratamiento ya no presentaba lesiones, con un buen perfil de seguridad.



Bibliografía

1. Crowley JJ, Warren RB, Cather JC. Safety of selective IL-23p19 inhibitors for the treatment of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Sep;33(9):1676-1684. doi:[10.1111/jdv.15653](https://doi.org/10.1111/jdv.15653)
2. Ruggiero A, Picone V, Martora F, Fabbrocini G, Megna M. Guselkumab, Risankizumab, and Tildrakizumab in the Management of Psoriasis: A Review of the Real-World Evidence. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022 Aug 16;15:1649-1658. doi:[10.2147/CCID.S364640](https://doi.org/10.2147/CCID.S364640)
3. Trevisan G, Geremi L, Naldi L. Erythrodermic psoriasis improved by Tildrakizumab. *Dermatol Reports*. 2022 Nov 23;14(4):9448. doi:[10.4081/dr.2022.9448](https://doi.org/10.4081/dr.2022.9448)

Iluminando la calidad de vida

Celia Campoy Carreño, Lucía García Almazán, Tamara Amanda Hernández Gómez

Hospital General Universitario Santa María del Rosell (Cartagena, Región de Murcia).

RESUMEN

Varón de 61 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipoacusia bilateral, cardiopatía isquémica crónica, isquemia crónica de miembros inferiores, resultando en amputación supracondílea de miembro inferior izquierdo por complicaciones. Destacan también entre sus antecedentes síndrome ansiosodepresivo y deterioro cognitivo leve. Refiere inicio de clínica cutánea en 2003, con aparición progresiva de placas eritematodescamativas e hiperqueratósicas en gran parte de la superficie corporal, con predominio en tronco y extremidades con PASI >10. Había seguido tratamiento tópico y con metotrexato, sin conseguirse control de la enfermedad. Dada la persistencia de la clínica y las características del paciente (poco apoyo familiar, deterioro cognitivo y patología psiquiátrica) se decide iniciar tildrakizumab con excelentes resultados desde las 4 semanas de tratamiento y consiguiéndose blanqueamiento a los 6 meses de tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; deterioro cognitivo; claudicación familiar

Anamnesis

Refiere inicio de clínica cutánea en 2003, con aparición progresiva de placas eritematodescamativas e hiperqueratósicas en gran parte de la superficie corporal, con predominio en tronco y extremidades con PASI >10. Se inicia tratamiento tópico con calcipotriol/betametasona y se plantea el uso de fototerapia, que el paciente y la familia rechazan por imposibilidad de desplazarse para realizar el tratamiento. Posteriormente, se inicia metotrexato a dosis de 10 mg semanales, pero en las revisiones no se puede aclarar si el paciente ha seguido el tratamiento según la pauta prescrita o incluso si ha llegado a administrárselo dada la gran dificultad para realizar la anamnesis por las características del paciente y la claudicación familiar. Dada esta situación se suspende metotrexato y se plantea el uso de un biológico.

Exploración

A la exploración física el paciente presenta grandes placas eritematodescamativas en superficie de extensión de miembros superiores, dorso de manos y miembro inferior derecho, con un BSA de 19,1 y un PASI de 14 (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Considerando todas las características del paciente, incluidos sus antecedentes psiquiátricos y neurológicos y la situación de claudicación familiar, se decide iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg con pauta de ficha técnica, ya que además está recomendado priorizar su uso en patología psiquiátrica, la posología cada 12 semanas facilitaba el cumplimiento por parte del paciente.

Evolución

A las 4 semanas del inicio de tratamiento (**Figura 2**), con una sola dosis de tildrakizumab, el paciente había experimentado una mejoría notoria, descendiendo el PASI a 5,2. A los 6 meses de tratamiento el paciente alcanzó PASI 100 sin objetivarse ningún efecto adverso durante el tratamiento.

Conclusión^{1,2}

El tratamiento de la psoriasis con tildrakizumab puede ser una opción de tratamiento seguro en pacientes con antecedentes psiquiátricos.

Estos pacientes suelen tener un seguimiento complejo y asegurarnos de que cumplan la posología del tratamiento prescrito es aún más difícil de lo habitual. Por lo que facilitar una pauta posológica espaciando las dosis lo máximo posible es un hecho clave en el éxito del tratamiento. Si además, cuentan con un núcleo familiar con poco apoyo, como era el caso de nuestro paciente, pautas de tratamiento cada 12 semanas como las de tildrakizumab deberían considerarse antes de otros tratamientos.



FIGURA 1. Grandes placas eritematodescamativas en superficie de extensión en miembro inferior derecho y dorso de manos.



FIGURA 2. Evolución a las 4 semanas del inicio de tratamiento con una sola dosis de tildrakizumab.



Bibliografía

1. Monks G, Rivera-Oyola R, Lebwohl M. The Psoriasis Decision Tree. J Clin Aesthet Dermatol. 2021 Apr;14(4):14-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8142826/>
2. Sinclair R, Thirthar Palanivelu V. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. Expert Rev Clin Immunol. 2019 Jan;15(1):5-12. doi:10.1080/1744666X.2019.1544493

Salvada por la campana: tildrakizumab como último recurso exitoso en paciente refractaria a múltiples tratamientos

Gabriel Suárez Mahugo, Gregorio Carretero Hernández

Hospital Doctor Negrín (Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas).

RESUMEN

Mujer de 54 años con psoriasis en placas de moderada a grave en seguimiento desde 2007 refractaria a múltiples tratamientos (tópicos, metotrexato, ciclosporina, anti-TNF). Las lesiones afectan a abdomen, espalda y cara extensora de miembros superiores e inferiores. Comienza con secukinumab, con pérdida de respuesta rápida y aparición de ansiedad grave que obliga a suspenderlo. Posteriormente se realiza combinación de apremilast con fototerapia, rebrotando la clínica un año después. Se inicia risankizumab con buen control, pero debido a aparición de cefalea intensa crónica refractaria a tratamientos convencionales, se retira y sustituye por tildrakizumab. Alcanza a los 3 meses resolución completa de las lesiones y a los 6 meses persiste la respuesta con un DLQI de 0 y sin desarrollo de efectos secundarios.

PALABRAS CLAVE:

tildrakizumab; refractariedad terapéutica; psoriasis; anti-IL-23



Anamnesis

La paciente es una mujer de 54 años, fumadora y sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de displasia cervical tratada mediante conización y ansiedad crónica generalizada, en seguimiento por nuestro servicio desde 2007 con diagnóstico de psoriasis. Se trata de una psoriasis en placas que ha presentado una evolución tórpida a lo largo de los años, con fracaso terapéutico a múltiples tratamientos, entre ellos terapias tópicas, fototerapia, metotrexato, ciclosporina, infliximab, etanercept y adalimumab. Este último administrado hasta mayo de 2016, siendo suspendido por un PASI 7, cambiando a una combinación de fototerapia y metotrexato 15 mg subcutáneo. Tras una buena respuesta inicial, sufre un cuadro severo de alopecia difusa no cicatricial, por lo que se retira el metotrexato, regresando a un PASI 6 y un DLQI 11. En enero de 2018 se decide instaurar un anticuerpo anti-IL-17, en este caso secukinumab 150 mg, manteniendo la fototerapia como coadyuvante. La paciente experimenta un episodio de ansiedad importante en relación con el tratamiento, por lo que cesa su administración voluntariamente en diciembre de 2018 y, tras alcanzar un PASI 10 y un DLQI 14 a pesar de la fototerapia, se opta por asociar apremilast en marzo de 2019. Logra obtener un buen control con PASI <1 durante un año, pero desarrolla una progresiva pérdida de respuesta, con un PASI 7, BSA 7 y DLQI 9 en agosto de 2020. Comienza entonces con risankizumab 75 mg, obteniendo una respuesta cutánea óptima a los 6 meses con PASI 0. Sin embargo, en mayo de 2021 refiere que sufre brotes diarios de cefalea intensa que no controla de forma completa con analgesia habitual, los cuales presenta desde el inicio de esta medicación. Es en este momento cuando se plantea iniciar otro fármaco biológico dirigido frente a la IL-23 (**Gráfico 1**).

Exploración

En mayo de 2021 la paciente presenta placas eritematosas y descamativas, levemente infiltradas, que afectan a superficie extensora de miembros superiores e inferiores, abdomen y región lumbar. Ausencia de lesiones en cuero cabelludo, palmas, plantas y uñas. No presenta pústulas ni afectación de pliegues axilares e inguinales (**Figuras 1 y 2**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave resistente a múltiples tratamientos (sistémicos, anti-TNF y anti-IL-17).



Tratamiento

Ante el desarrollo de efectos adversos con el risankizumab (cefalea resistente a analgesia convencional) y el insuficiente control de sus lesiones y repercusión en la calidad de vida, se decide suspenderlo junto con la fototerapia e iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg subcutáneo. Se administra una dosis en la semana 0 y otra en la semana 4 como se indica en la ficha técnica. Posteriormente se establece la pauta habitual de una inyección cada 12 semanas. Además, se incluye en receta electrónica una crema de calcipotriol y betametasona para aplicar en aquellas lesiones persistentes a pesar de la terapia biológica.

Evolución

La paciente partía de un PASI 2,2, BSA 1,5, DLQI 2 (picor) y PGA 1 el día que se instauró el tildrakizumab, en mayo de 2021. Tres meses después alcanzó un aclaramiento total con PASI 0 y BSA 0, sin aparición de efectos adversos y sin necesidad de utilizar tratamientos tópicos. En la última revisión en septiembre de 2022 persiste un estupendo control, con PASI 0, BSA 0 y DLQI 0 (**Figuras 3 y 4**).

Conclusión

En los últimos años, el estudio sobre la patogenia de la psoriasis ha permitido descubrir la vía TH-17 como principal efectora de las lesiones. El conocimiento de las interleucinas implicadas en esta vía, fundamentalmente las IL-17 e IL-23, ha impulsado el desarrollo de múltiples fármacos biológicos que las bloquean a distintos niveles¹. La evidencia actual muestra mayor efectividad en aquellos anticuerpos que impiden directamente la acción de la IL-17, pues es la interleucina final de la vía que induce el daño tisular. Sin embargo, hay pacientes (como en nuestro caso) que escapan a su acción, estipulándose que deben existir otros mecanismos de lesión tisular². En ese sentido, si retrocedemos en la vía, hacia la activación del linfocito TH-17 por las células dendríticas dérmicas, nos encontramos con la IL-23. Los fármacos que la bloquean permiten inhibir no solo la producción de la IL-17 sino también la liberación otros mediadores moleculares implicados en el daño. En nuestra paciente, vimos una rápida respuesta con el uso de risankizumab, pero a pesar de ello, la aparición de cefalea intensa refractaria a tratamiento como efecto adverso obligó a su suspensión.



Por lo tanto, sabiendo que el bloqueo IL-23 era efectivo y atendiendo además a que algunos estudios postulan que tras los IL-17 el tildrakizumab ha demostrado mayor efectividad, se decidió realizar este cambio. Es más, se reporta un escaso número de efectos adversos, la mayoría de ellos leves y (concretamente en nuestra paciente fumadora) se ha descrito una ausencia de aumento del riesgo cardiovascular en comparación con pacientes no tratados con psoriasis en placas de moderada a grave³. La combinación de efectividad y seguridad, así como el aumento en la calidad de vida demostrado con el DLQI, han hecho que el tildrakizumab sea el fármaco ideal en nuestra paciente, que, tras pasar por fototerapia, sistémicos, anti-TNF y anti-IL-17, ha alcanzado el PASI 100 de manera mantenida y sin efectos secundarios por el momento actual.

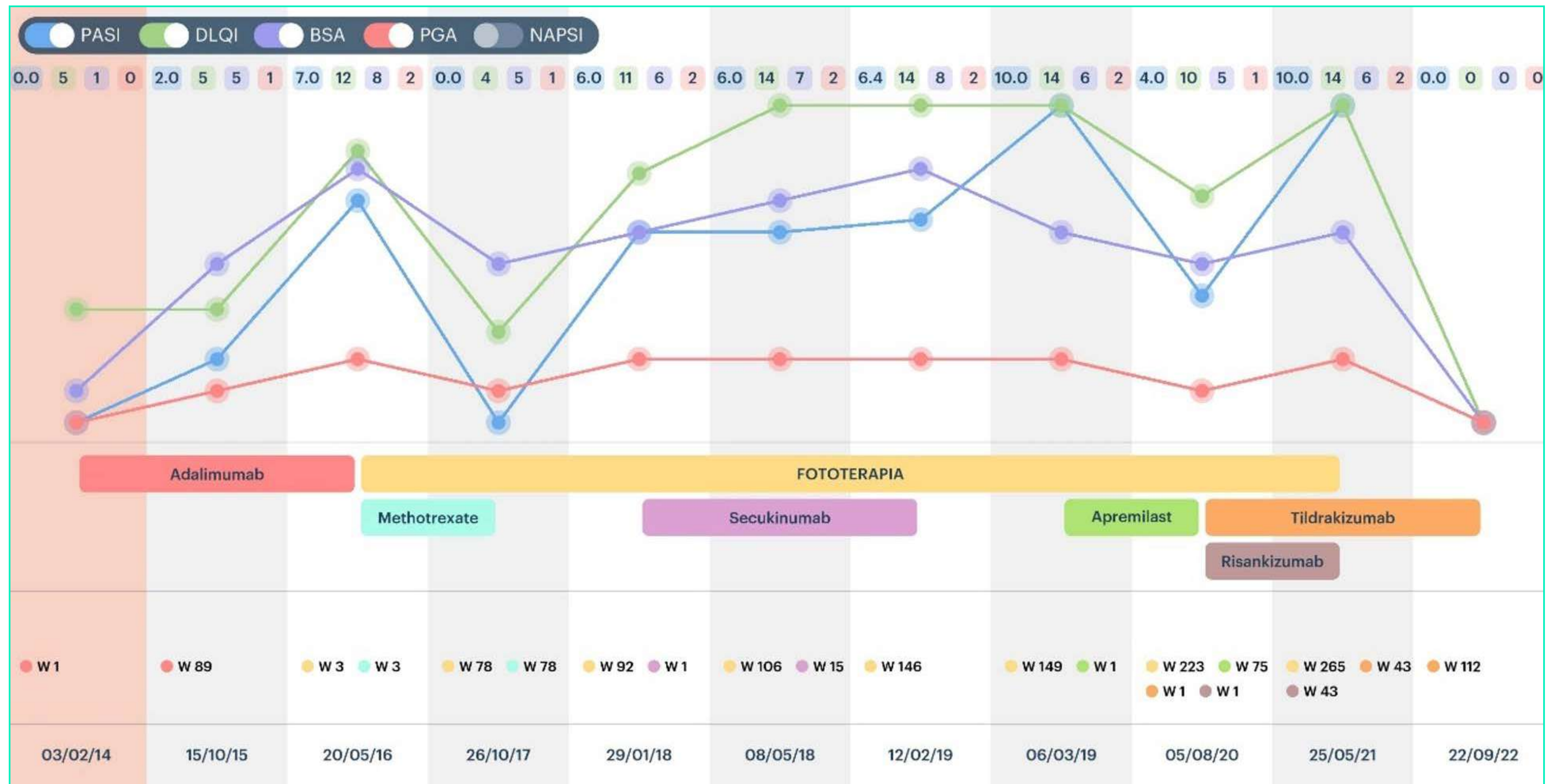


GRÁFICO 1. Línea de tiempo de clínica y tratamientos utilizados (creada con app SAM, Skin Assistance Modelling).



FIGURA 1. Fotografías clínicas previo al inicio de tildrakizumab.

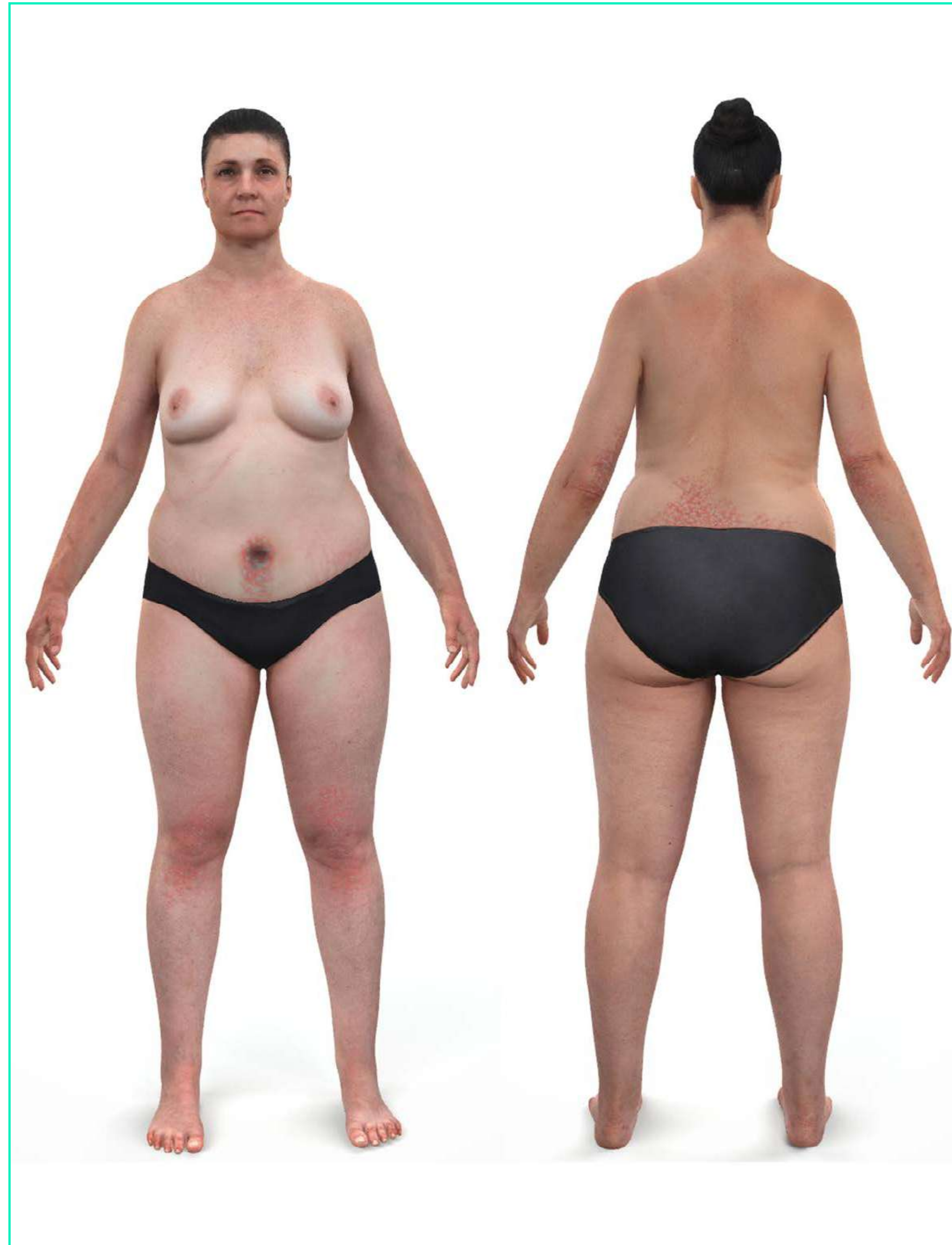


FIGURA 2. Simulación digital pretratamiento creada con app SAM.



FIGURA 3. Fotografías clínicas a los 6 meses de iniciar tildrakizumab.



FIGURA 4. Simulación digital en tratamiento creada con app SAM.



Bibliografía

1. Hawkes JE, Chan TC, Krueger JG. Psoriasis pathogenesis and the development of novel targeted immune therapies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2017;140(3):645–53. doi:[10.1016/j.jaci.2017.07.004](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.07.004)
2. Bai F, Li GG, Liu Q, Niu X, Li R, Ma H. Short-term efficacy and safety of IL-17, IL-12/23, and IL-23 inhibitors brodalumab, secukinumab, ixekizumab, ustekinumab, guselkumab, tildrakizumab, and risankizumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Immunology Research*. 2019;2019:1–25. doi:[10.1155/2019/2546161](https://doi.org/10.1155/2019/2546161)
3. Pithadia DJ, Reynolds KA, Lee EB, Liao W, Wu JJ. Tildrakizumab in the treatment of psoriasis: Latest evidence and place in therapy. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2019;10. doi:[10.1177/2040622319865658](https://doi.org/10.1177/2040622319865658)

Psoriasis en placas de moderada a grave en paciente de edad avanzada con excelente respuesta a tildrakizumab

Marta González Cañete, Isabel Polo Rodríguez, Paola Merlo Gómez, Elena Lucía Pinto Pulido, Susana Medina Montalvo

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Paciente varón de 75 años con psoriasis en placas de moderada a grave con prurito asociado, sin respuesta a fototerapia. El paciente presentaba hipertensión por lo que no nos planteamos el uso de otros fármacos sistémicos como la ciclosporina o el metotrexato. Se pautó tratamiento con tildrakizumab en pauta estándar. Tras la segunda inyección de tildrakizumab el paciente presentó una gran mejoría con excelente tolerancia sin aparición de efectos adversos y desaparición del prurito.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en placas de moderada a grave; tildrakizumab



Anamnesis

Varón de 75 años con psoriasis en placas de moderada a grave de más de 25 años de evolución. Sin antecedentes familiares de psoriasis. El paciente tenía hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. Era exfumador desde hacía 5 años. Peso 81 kg, talla 173 cm, índice de masa corporal: 27,1 y tensión arterial el día de la consulta de 120/70. El paciente había recibido tratamiento tópico durante años con corticoides y derivados de la vitamina D solos y en combinación. En nuestro servicio se pautó fototerapia UVB que se suspendió por ineficacia y prurito de las lesiones.

Exploración

El paciente presentaba placas eritematodescamativas de pequeño tamaño predominantemente en espalda y en cara posterior de miembros inferiores. Las lesiones eran muy pruriginosas. En este momento el paciente presentaba un PASI de 10,8 y un BSA de 15 (Figura 1A-C).

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Se pauta Ilumetri® 100 mg semanas 0-4 y posteriormente cada 12 semanas.

Evolución

A las 4 semanas del inicio del tratamiento el paciente había presentado mucha mejoría con desaparición del prurito. A las 16 semanas (cuando el paciente acudió para 3.ª dosis de tildrakizumab) el paciente presentaba mejoría prácticamente completa con un PASI <1 y BSA de 0,6 (Figura 2A-C).



Conclusión¹⁻³

Paciente de edad avanzada, hipertenso, con psoriasis en placas de moderada a grave con lesiones muy pruriginosas, con una excelente respuesta tras las dos primeras inyecciones de tildrakizumab sin aparición de efectos adversos.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas de pequeño tamaño predominantemente en espalda **(A)** y en cara posterior de miembros inferiores **(B)** y superiores **(C)**.



FIGURA 2. A las 16 semanas (cuando el paciente acudió para 3.^a dosis de tildrakizumab) el paciente presentaba mejoría prácticamente completa.



Bibliografía

1. Frampton JE. Tildrakizumab: A Review in Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2019 Apr;20(2):295-306. doi:[10.1007/s40257-019-00435-9](https://doi.org/10.1007/s40257-019-00435-9)
2. Thaci D, Piaserico S, Warren RB, Gupta AK, Cantrell W, Draelos Z, Foley P, Igarashi A, Langley RG, Asahina A, Young M, Falqués M, Pau-Charles I, Mendelsohn AM, Rozzo SJ, Reich K. Five-year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). *Br J Dermatol*. 2021 Aug;185(2):323-334. doi:[10.1111/bjd.19866](https://doi.org/10.1111/bjd.19866)
3. Drerup KA, Seemann C, Gerdes S, Mrowietz U. Effective and Safe Treatment of Psoriatic Disease with the Anti-IL-23p19 Biologic Tildrakizumab: Results of a Real-World Prospective Cohort Study in Nonselected Patients. *Dermatology*. 2022;238(4):615-619. doi:[10.1159/000519924](https://doi.org/10.1159/000519924)

Cuchicheos en el vestuario

Elia Boza Villar, Samuel Corral Pavanelo, Ana Medina Fernández, Jorge Suárez Pérez, Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Paciente varón con psoriasis en placas de moderada a grave con afectación troncular y de miembros inferiores que no había respondido a tratamiento tópico ni sistémico con metotrexato y ustekinumab. Acude a Urgencias por nuevo brote que es tratado con tildrakizumab, experimentando una gran mejoría con resolución completa de las lesiones.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; terapia biológica; tildrakizumab

Anamnesis

Varón de 34 años natural de Buenos Aires con diagnóstico de psoriasis desde los 14 años controlada inicialmente en su país con tratamientos tópicos y metotrexato.

Aficionado a la natación, acudía a la piscina los fines de semana habitualmente, aunque finalmente dejó de hacerlo al verse abrumado por la cantidad de gente que lo observaba y comentaba cuchicheando sobre “esas lesiones tan raras que tenía en el cuerpo. ¿Será contagioso? Quizás no debería meterse así en la piscina, ¿no?”.

El paciente acude a revisión a la Unidad de Psoriasis en agosto de 2021 donde se aprecian lesiones en cuero cabelludo, tronco y extremidades inferiores con PASI 27, BSA 35, PGA 5, por lo que se suspende metotrexato y se inicia ustekinumab. Pese a la buena respuesta inicial, en octubre de 2022 el paciente acude a Urgencias totalmente desesperado por nuevo brote de enfermedad severa y limitante a pesar de tratamiento, presentando lesiones a nivel de tronco y miembros inferiores. De esta forma, se suspende ustekinumab por pérdida de eficacia y se inicia tildrakizumab.

Acude nuevamente a revisión en enero de 2023 a la Unidad de Psoriasis. Se encuentra muy bien y sin haber sufrido eventos adversos (**Figuras 1-4**).

Exploración

Se aprecian placas eritematodescamativas confluentes en zona abdominal y pectoral, flancos y espalda PASI 20, BSA 30, PGA 4.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Suspensión de ustekinumab e inicio de tildrakizumab según ficha técnica.

Evolución

Se observa completa resolución de lesiones con ligera hipopigmentación residual, presentando PASI 1, BSA 1, PGA 1 (**Figuras 5-8**).

Conclusión^{1,2}

Dada la mejoría clínica y anímica conseguida en el paciente con tildrakizumab, recomendamos continuar con el tratamiento cada 3 meses. Tildrakizumab es una buena alternativa en pacientes con ineficacia secundaria a ustekinumab con una recuperación de la respuesta de forma rápida.

Consideramos por todo esto tildrakizumab un tratamiento biológico efectivo y con buen perfil de seguridad en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, consiguiendo además mejorar exponencialmente su calidad de vida.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas confluentes en zona abdominal y pectoral.



FIGURA 2. Placas eritematodescamativas confluentes en espalda.



FIGURA 3. Placas eritematodescamativas confluentes en flanco izquierdo.



FIGURA 4. Placas eritematodescamativas confluentes en flanco derecho.

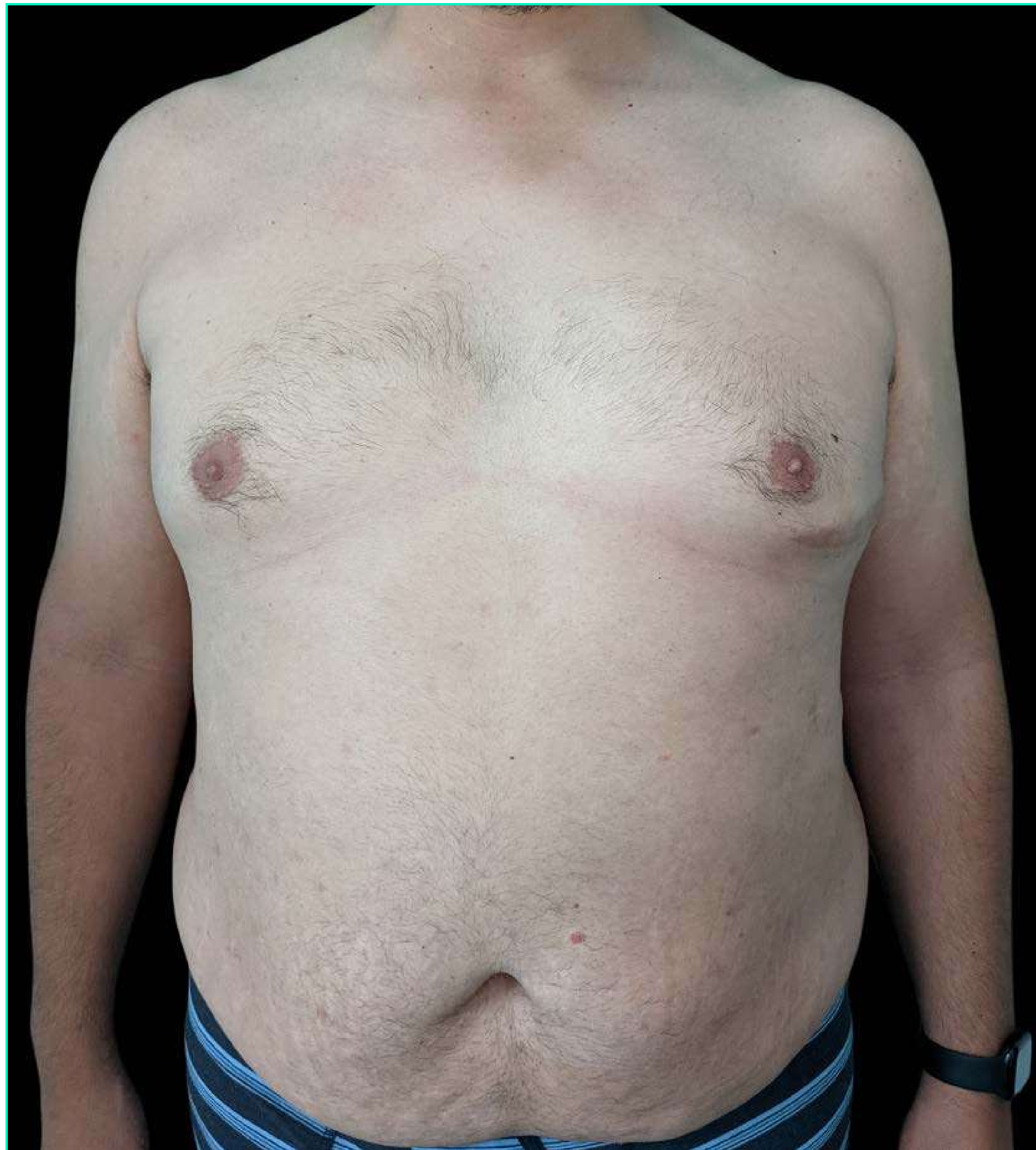


FIGURA 5. Completa resolución de lesiones en zona pectoral y abdominal con ligera hipopigmentación residual.



FIGURA 6. Completa resolución de lesiones en espalda con ligera hipopigmentación residual.



FIGURA 7. Completa resolución de lesiones en flanco izquierdo con ligera hipopigmentación residual.

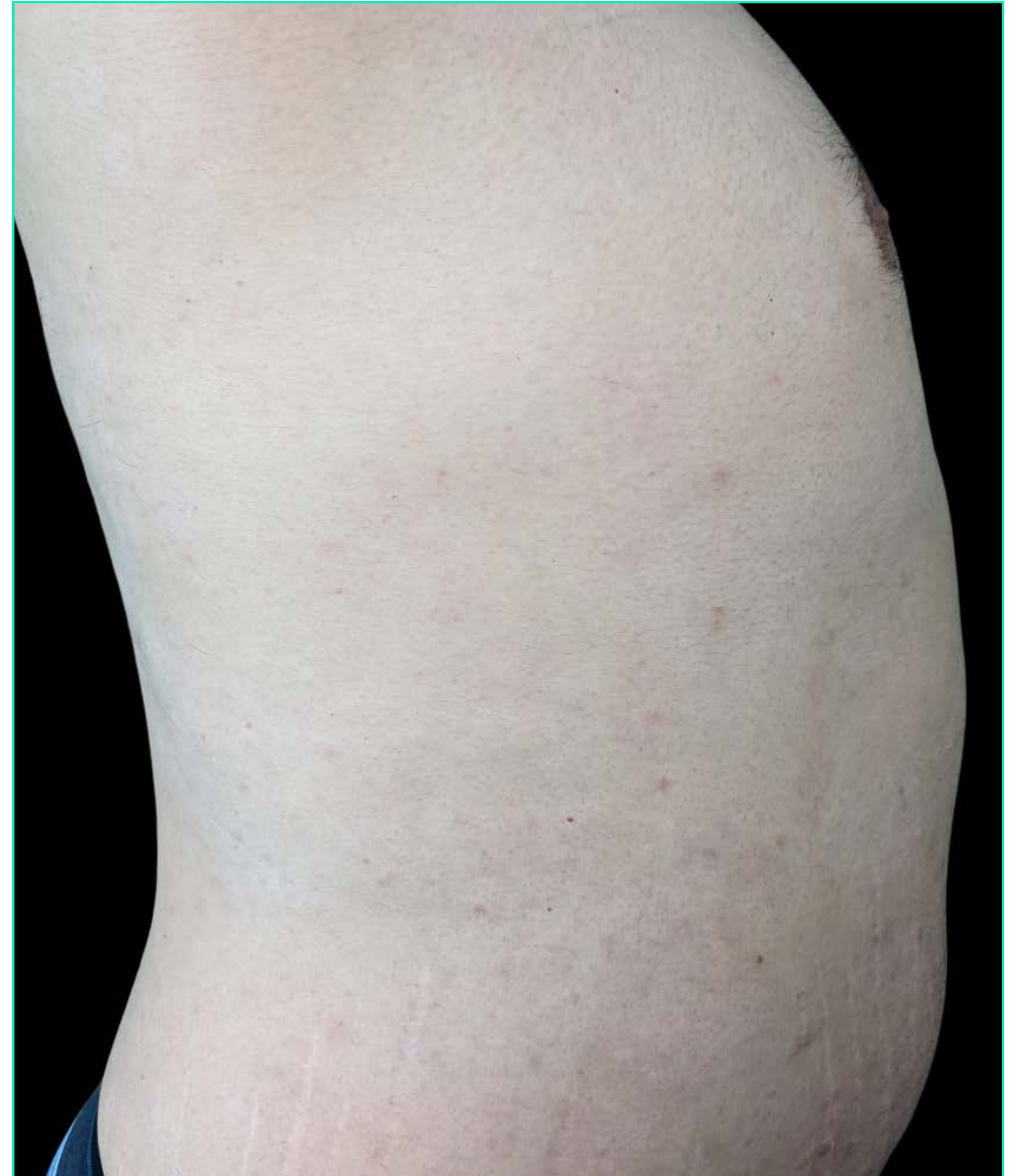


FIGURA 8. Completa resolución de lesiones en flanco derecho con ligera hipopigmentación residual.



Bibliografía

1. Drerup AK, Seemann C, Gerdes S, et al. Effective and safe treatment of psoriatic disease with the anti-IL-23p19 biologic tildrakizumab: Results of a real-world prospective cohort study in nonselected patients. *Dermatology*. 2021. doi:[10.1159/000519924](https://doi.org/10.1159/000519924)
2. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):605-17. doi:[10.1111/bjd.18232](https://doi.org/10.1111/bjd.18232)

Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave asociada a comorbilidades con fallo a múltiples terapias previas

Juan Luis Sanz Cabanillas, Elena Beatriz, Sanz Cabanillas, Irene Rivera Ruiz, César Guijarro Sánchez, Miguel Juan Cencerrado

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

Varón de 56 años diagnosticado de psoriasis en placas de moderada a grave de 42 años de evolución, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, entre ellos un índice de masa corporal (IMC) de 42,4. Había realizado tratamientos con fármacos sistémicos clásicos y múltiples biológicos sin ninguna mejoría. Se utilizó tratamiento con tildrakizumab, mostrando una alta eficacia, seguridad y una alta satisfacción del paciente. Partiendo de un PASI 23,1, BSA 31% y DLQI 23 se alcanzaron niveles de PASI 0, BSA 0% y DLQI 0. Gracias a la utilización de Ilumetri® se ha conseguido una gran eficacia, rápida y mantenida en un paciente con psoriasis en placas de moderada a grave, con afectación de la calidad de vida, IMC alto y otras comorbilidades y con fallo a múltiples tratamientos biológicos previos.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en placas de moderada a grave; síndrome metabólico; calidad de vida; obesidad; IMC; fallos biológicos; depresión



Anamnesis

Varón de 56 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Obesidad, índice de masa corporal (IMC) de 42,4, hipertensión, diabetes *mellitus* tipo 2 y dislipemia en tratamiento con losartán, sitagliptina y rosuvastatina, con mal control. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con sertralina y lorazepam. Fumador. Sedentarismo. Consumidor de alcohol ocasional. No artritis psoriásica.

Presenta psoriasis en placas de moderada a grave diagnosticada a los 14 años (42 años de evolución). Había recibido tratamiento secuencial con corticoides tópicos, análogos de la vitamina D tópicos, fototerapia, metotrexato, ciclosporina, acitretina, adalimumab, ustekinumab, secukinumab y brodalumab sin buen control de la enfermedad en ninguno de los casos. Además, el paciente destaca que la psoriasis le ocasiona un gran nivel de estrés adicional y disminución de la calidad de vida a nivel físico, emocional, sexual y laboral.

Exploración

Se observan múltiples lesiones eritematodescamativas, bien delimitadas, pruriginosas y dolorosas, agrupadas en espalda y tronco, formando una placa de gran tamaño, tipo coraza alrededor de la espalda y abdomen del paciente (**Figura 1**). Además, placas de menor tamaño en codos, miembros inferiores y región sacra (**Figura 2**). No presentaba lesiones a nivel palmoplantar, cuero cabelludo, pero sí en región genital.

Diagnóstico

El índice de severidad el área de psoriasis (PASI) dio un resultado de 23,1. El cálculo de la superficie corporal afectada (BSA) fue del 31% y el índice de calidad de vida (DLQI) fue de 23. Según los hallazgos de la historia clínica y la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis en placas de moderada a grave.

Se solicitó analítica sanguínea que incluía bioquímica, hemograma y serologías, así como Mantoux. Como resultado, destacaban niveles altos de colesterol (298 mg/dl), de glucemia (132 mg/dl) e hipertransaminasemia (AST: 52 U/L, ALT 98 U/L). El hemograma, bioquímica resultaron normales. Serologías frente a VIH, VHC, VHB y Mantoux fueron negativos.



Tratamiento

Dados los valores de PASI, BSA y DLQI y teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente y el fallo a biológicos previos (anti-TNF, anti-IL12/23 y anti-IL17), se decidió cambio de diana terapéutica a un inhibidor de la subunidad p19 de la IL23, en este caso tildrakizumab, a dosis de 100 mg siguiendo posología según ficha técnica.

Evolución

En la primera visita, tras 8 semanas de tratamiento, el paciente experimentó una gran mejoría. Las lesiones en espalda (**Figura 3**), codos, miembros inferiores y región sacra estaban en fase de resolución.

El paciente no refería acontecimientos adversos con el tratamiento y destacó la rapidez de acción del tratamiento y su comodidad. Los datos PASI y BSA fueron de 9,8 y 12% respectivamente y el DLQI 16. Se solicitó analítica en la que tanto hemograma como bioquímica y serologías resultaron normales. Los valores anteriormente elevados (colesterol, glucosa y transaminasas), se habían normalizado.

En la última visita, a las 52 semanas después del inicio del tratamiento, el paciente mostraba una mejoría espectacular y se encontraba libre de lesiones (**Figuras 4 y 5**). Los resultados en las escalas PASI, BSA y DLQI fueron de 0. El paciente se encontraba muy contento con el tratamiento y como añadido había dejado de tomar sertralina y lorazepam para su síndrome ansioso-depresivo, había suspendido el consumo de alcohol y había perdido más de 10 kg de peso gracias al inicio de una dieta por parte de su nutricionista y al inicio de actividad física. No se objetivaron acontecimientos adversos ni alteraciones analíticas en las visitas.

Conclusión¹⁻⁴

En el ámbito de la psoriasis ha habido un cambio de paradigma en cuanto a las terapias biológicas. Estos tratamientos muestran eficacia, seguridad y comodidad en su aplicación, situándolos como la mejor herramienta terapéutica para el tratamiento de esta enfermedad.

Tildrakizumab presenta un perfil de seguridad muy favorable, buena tolerancia y la posología es muy cómoda para el paciente.



En este caso, buscábamos seguridad, dadas las comorbilidades del paciente y sus hábitos de vida. Y, además, dado el fallo a fármacos anti-TNF, anti-IL12/IL23 y anti-IL17 se decidió realizar un cambio de diana terapéutica, eligiendo tildrakizumab. También buscábamos un efecto terapéutico rápido y que mejorase la calidad y las condiciones de vida del paciente.

Se presenta el caso de un paciente con una psoriasis en placas de moderada a grave, con una gran afectación a la calidad de vida, múltiples comorbilidades que incluía un IMC alto y con fallo a múltiples terapias biológicas. En este caso, tildrakizumab mostró una gran eficacia, que además fue rápida y mantenida, pues ha conseguido mantener al paciente libre de lesiones hasta un año después del inicio del fármaco. También ha permitido una mejoría a nivel global del paciente, puesto que se ha producido un efecto beneficioso a nivel cardiovascular, ha afectado a su estado emocional de forma positiva, y consecuentemente ha mejorado su calidad de vida y ha producido modificación de varios de sus hábitos de vida (ha dejado de consumir alcohol, realiza una dieta más sana y equilibrada y realiza ejercicio físico).

Por tanto, la eficacia, seguridad y posología de tildrakizumab hacen de este fármaco un tratamiento idóneo en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave refractaria a otros biológicos previos, con comorbilidades de base y con afectación de la calidad de vida.



FIGURA 1. Lesiones eritematodescamativas, bien delimitadas, pruriginosas y dolorosas, agrupadas en espalda y tronco.



FIGURA 2. Placas de menor tamaño en región sacra.

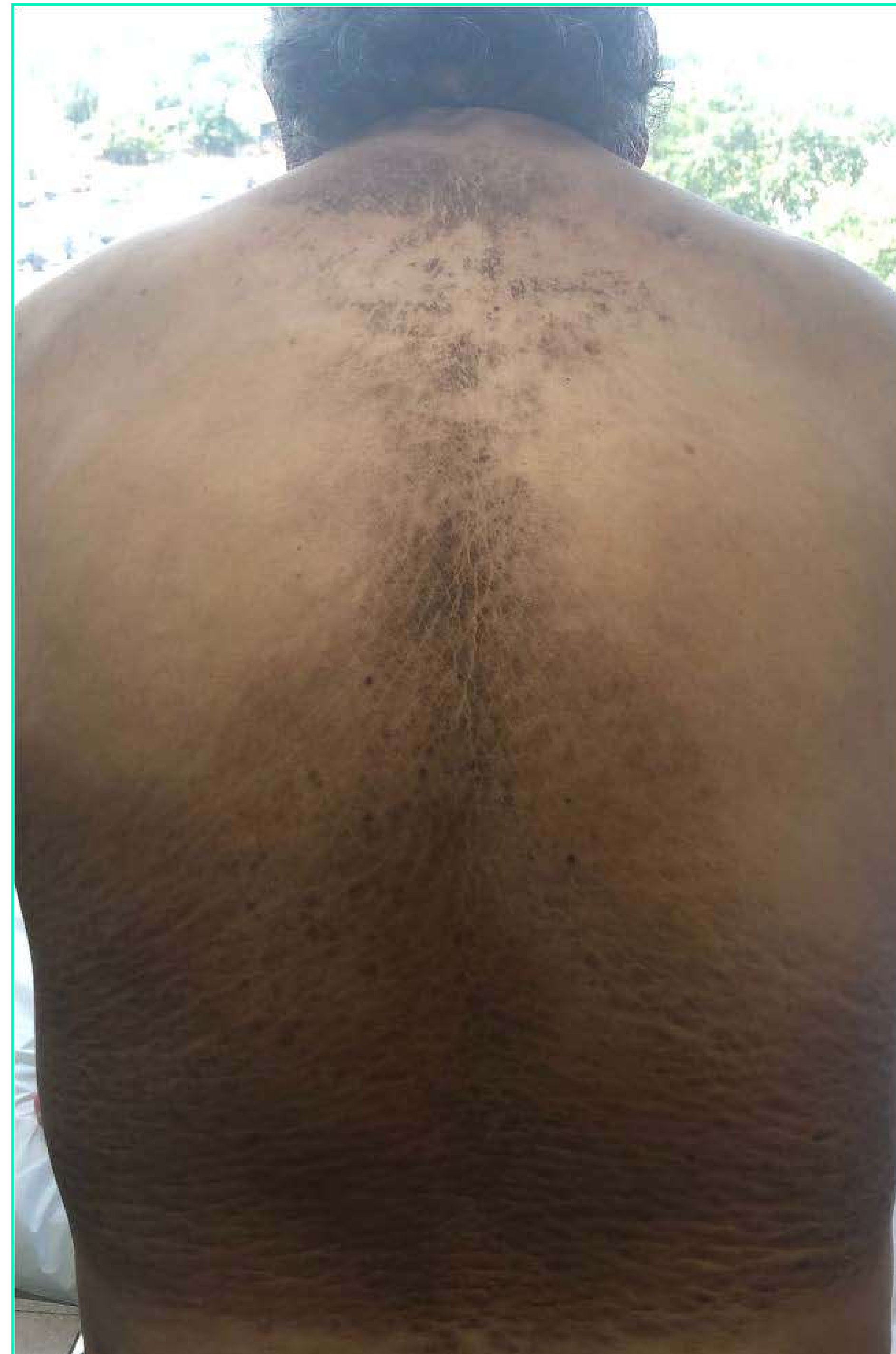


FIGURA 3. Lesiones en fase de resolución.



FIGURA 4. A las 52 semanas después del inicio del tratamiento, el paciente mostraba una mejoría espectacular y se encontraba libre de lesiones.

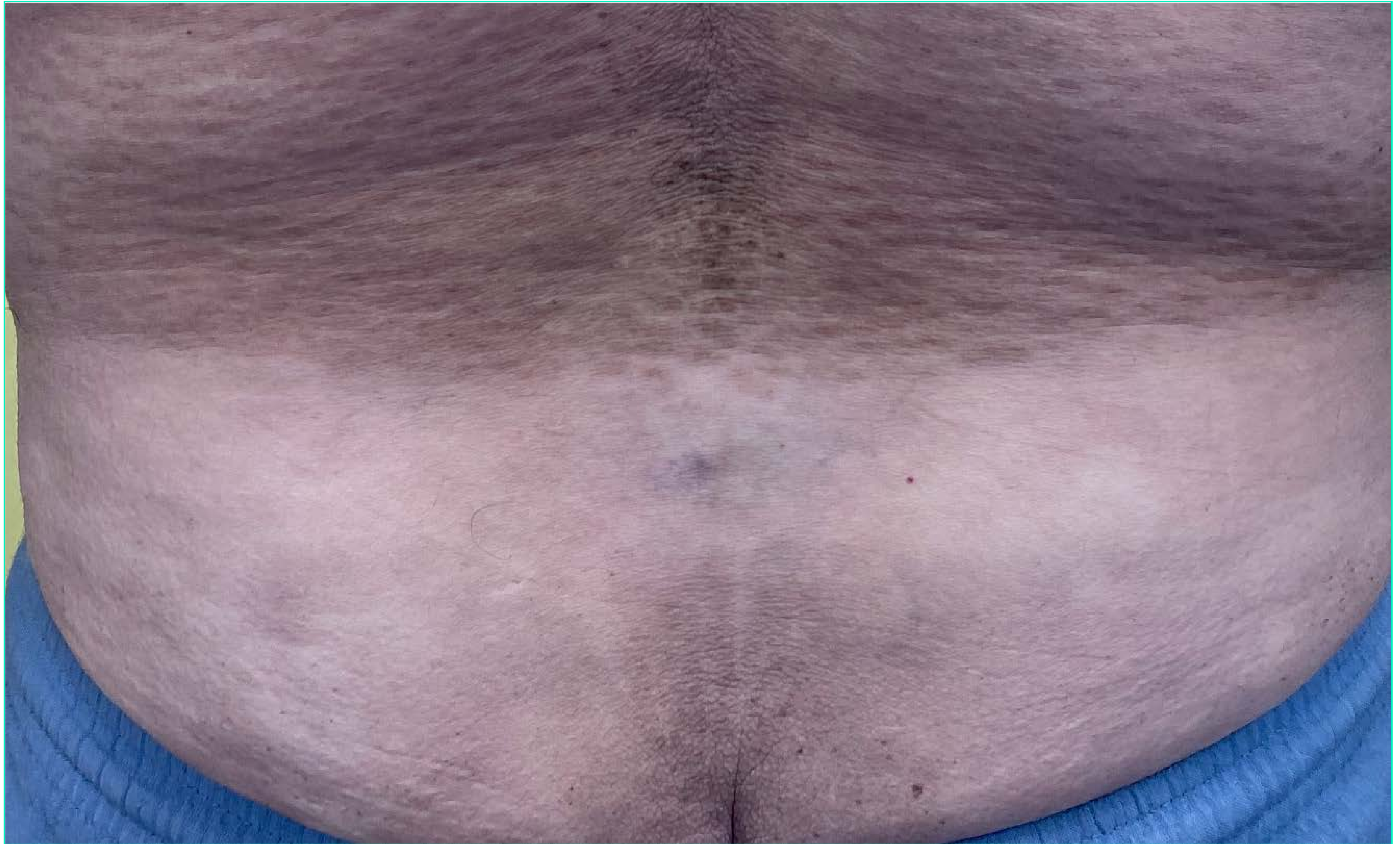


FIGURA 5. A las 52 semanas después del inicio del tratamiento, el paciente mostraba una mejoría espectacular y se encontraba libre de lesiones.



Bibliografía

1. Thaci D, Piaserico S, Warren RB, et al. Five year efficacy and safety of tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis who respond at week 28: pooled analyses of two randomised phase 3 clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). Br J Dermatol 2021;185(2):323-334. doi:[10.1111/bjd.19866](https://doi.org/10.1111/bjd.19866)
2. Carretero G, Puig L, Carrascosa JM, et al. from the Spanish Group of Psoriasis. Redefining the therapeutic objective in psoriatic patients candidates for biological therapy. J Dermatolog Treat 2018 Jun;29(4):334-346. doi:[10.1080/09546634.2017.1395794](https://doi.org/10.1080/09546634.2017.1395794)
3. de la Cueva Dobao P, Notario J, Ferrándiz C, et al. Expert consensus on the persistence of biological treatments in moderate-to-severe psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019 Jul;33(7):1214-1223. doi:[10.1111/jdv.15600](https://doi.org/10.1111/jdv.15600)
4. Pinter A, Lacour J, Schoenenberger A, Ryzhkova A. Long-term safety profile of tildrakizumab: Incidence of severe infections over 5 years of treatment in patients with moderate- to-severe psoriasis pooled analyses from reSURFACE 1 and reSURFACE 2 phase 3 trials. EADV 2020, Poster number: P0381.

Psoriasis: los detalles importan

Eduardo López Vera, Gloria Calvo Moreno, Trinidad Martín González, Ana Serrano Ordoñez

Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga).

RESUMEN

Paciente con síndrome de Down con psoriasis de 10 años de evolución y antecedente de linfocitos T con población de linfocitos atípicos en seguimiento por hematología. Presenta brote moderado-severo de psoriasis y se plantean alternativas terapéuticas en función del caso especial del paciente.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; neoplasia; Down; tildrakizumab; IL 23; cardiovascular



Anamnesis

Paciente de 38 años con síndrome de Down, hipotiroidismo primario, hiperuricemia y linfocitosis T con población de fenotipo alterado, en seguimiento por Hematología. Presentaba desde hacía 10 años psoriasis en placas de moderada a grave de predominio en extremidades superiores e inferiores con PASI de hasta 9,4 y BSA 27% que había tratado con acitretina 25 mg oral y calcipotriol + betametasona tópicos, con mínima mejoría de las lesiones y prurito intenso, así como hipertrigliceridemia asociada al uso de acitretina.

Exploración

Durante el seguimiento acude a consulta con aumento del eritema, la hiperqueratosis y la infiltración de las placas en las extremidades inferiores (**Figura 1**) y superiores (**Figura 2**), con PASI 22,40 y BSA 30%.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Tras actualización del calendario vacunal, Rx de tórax sin alteraciones, serologías de VHB, VHC y VIH negativas, iniciamos tratamiento con tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4, y posteriormente cada 12 semanas¹.

Evolución

A los 3 meses del inicio del tratamiento el paciente presentó un aclaramiento prácticamente total de las placas de psoriasis en extremidades inferiores (**Figura 3**) y superiores (**Figura 4**), así como resolución del prurito, que se mantiene hasta la actualidad tras 9 meses de tratamiento.



Conclusión

Dado que nos encontramos ante un cuadro de psoriasis que necesita de un tratamiento sistémico, nos planteamos las alternativas disponibles. Por un lado, debido a la mayor dificultad para controlar los posibles efectos adversos gastrointestinales, así como la incomodidad que supone la toma de medicación oral cada 12 horas y teniendo en cuenta las características del paciente, descartamos el uso de inhibidores de la fosfodiesterasa 4 y dado el antecedente hematológico, descartamos en este paciente el uso de fármacos inmunosupresores como metotrexato o ciclosporina. Por otro lado, dado que los pacientes con síndrome de Down tienen riesgo cardiovascular aumentado y el paciente no tenía signos de artritis psoriásica, optamos por evitar los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa ($TNF\alpha$)^{2,3}. Previa valoración por hematología y teniendo en cuenta que no existía contraindicación en la ficha técnica del medicamento en relación con el cuadro de linfocitosis T del paciente nos planteamos el uso de un inhibidor de la interleucina (IL) 23, por su eficacia y cómoda posología.

Tildrakizumab es un Ac monoclonal de tipo IgG 1/kappa humanizado que se une de forma específica a la subunidad p19 de la IL23 e inhibe su interacción con el receptor de la IL23 inhibiendo de esa forma la liberación de citoquinas proinflamatorias¹.

Hasta ahora los estudios realizados en tumores de ratón mostraron que la inhibición selectiva de la IL23p19 no aumenta el riesgo de carcinogénesis, considerándose fármacos seguros para pacientes con neoplasia malignas, aunque se precisan reportes de casos y series de casos que agreguen evidencia a la seguridad de estos fármacos⁴.



FIGURA 1. Eritema, hiperqueratosis e infiltración de las placas en extremidades inferiores.



FIGURA 2. Eritema, hiperqueratosis e infiltración de las placas en extremidades superiores.



FIGURA 3. Aclaramiento prácticamente total de las placas de psoriasis en extremidades superiores.



FIGURA 4. Aclaramiento prácticamente total de las placas de psoriasis en extremidades superiores.



Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Prospecto Ilumetri® 100 mg Solución Inyectable en Jeringa Precargada. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1181323002/P_1181323002.html
2. Ryan, C, Vellody, K, Belazarian, L, Rork, JF. Dermatologic conditions in Down syndrome. *Pediatr Dermatol.* 2021;38:49–57. doi:10.1111/pde.14731
3. Sismour B, D'Acunto, K. Down syndrome, severe psoriasis, and increased risk for cardiovascular events. *JAAPA.* 2019;32(12). doi:10.1097/01.JAA.0000604860.71819.c1
4. Rusiñol L, Camiña-Conforto G, Puig L. Biologic treatment of psoriasis in oncologic patients. *Expert Opin Biol Ther.* 2022;22(12), 1567–1578. doi:10.1080/14712598.2022.2152322

Psoriasis en tratamiento con tildrakizumab en paciente oncológico

Mar Cordellat Martínez, Anna Sánchez Puigdollers, Nerea Mohino Farré, José David Cánovas Martínez, José Antonio Pujol Montcusí

Hospital Universitari Joan XXIII (Tarragona).

RESUMEN

Varón de 65 años, que como antecedentes importantes destaca adenocarcinoma de próstata bilateral de alto riesgo que se ha tratado con RTU, BH y RDT. Actualmente en tratamiento con bloqueo hormonal y portador de cistostomía con estudio de extensión negativo. Presenta psoriasis en placas de moderada a grave de larga evolución que como tratamiento previo ha realizado acitretina y fototerapia con mejoría parcial o pérdida de eficacia. Metotrexato, ciclosporina o anti-TNF contraindicados por antecedente de neoplasia. Actualmente en tratamiento con apremilast con empeoramiento progresivo. Presenta pequeñas placas y gotas, pero muy extendidas que predominan en tronco y extremidades, junto con descamación difusa y prurito en cuero cabelludo. En el momento actual no presenta otras lesiones cutáneas ni ungueales. Debido a la pérdida de eficacia del tratamiento actual y al buen perfil de seguridad en pacientes con neoplasia, se decide cambio de tratamiento a tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg dosis inicial, 100 mg en semana 4 y después 100 mg cada 12 semanas.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tildrakizumab; neoplasia maligna; anti-IL23



Anamnesis

Empeoramiento de su psoriasis, con pequeñas placas y gotas eritematodescamativas pruriginosas, diseminadas sobre todo por tronco y extremidades, a pesar de tratamiento con apremilast.

Exploración

Presenta pequeñas placas y gotas, pero muy extendidas que predominan en tronco y extremidades, junto con descamación difusa y prurito en cuero cabelludo. **(Figuras 1-4).**

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave.

Tratamiento

Tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg dosis inicial, 100 mg en semana 4 y después 100 mg cada 12 semanas. **(Figuras 5-9).**

Evolución

Blanqueamiento casi total y mejoría de la sintomatología y calidad de vida tras la segunda dosis de Ilumetri®. **(Figuras 10-15).**

Conclusión¹⁻³

Tildrakizumab (Ilumetri®), inhibidor selectivo de la IL-23, ha demostrado ser eficaz y seguro para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave, incluyendo pacientes con importantes comorbilidades como antecedente de neoplasia maligna. En nuestro caso, se aprecia casi un blanqueamiento total tras la segunda dosis de Ilumetri®.



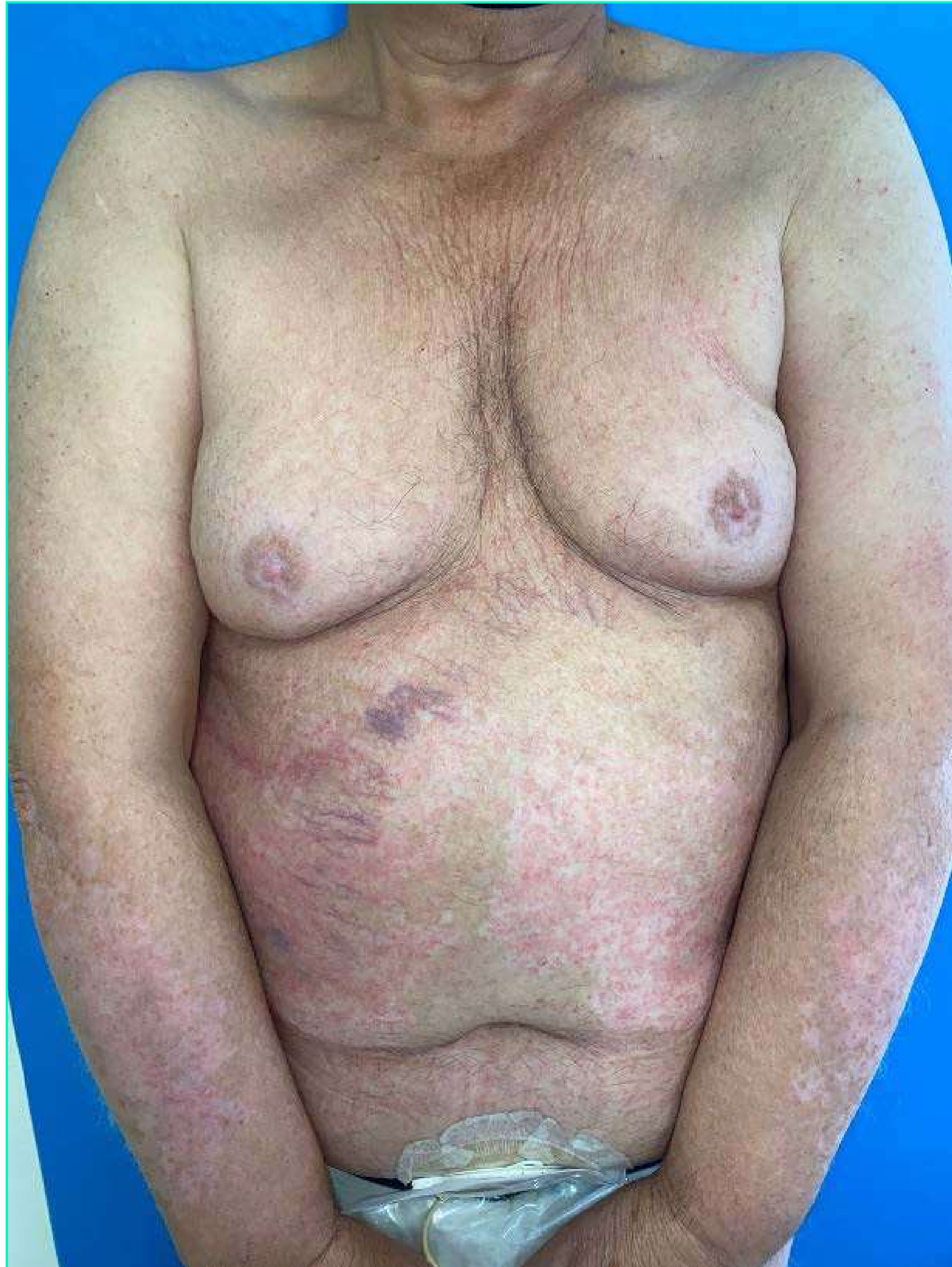
FIGURA 1. Placas y gotas en zona pectoral y abdominal.



FIGURA 2. Pequeñas placas y gotas en espalda.



FIGURAS 3 y 4. Pequeñas placas y gotas, pero muy extendidas en extremidades.



FIGURAS 5 y 6. Tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg dosis inicial.



FIGURAS 7 y 8. Tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg dosis inicial.

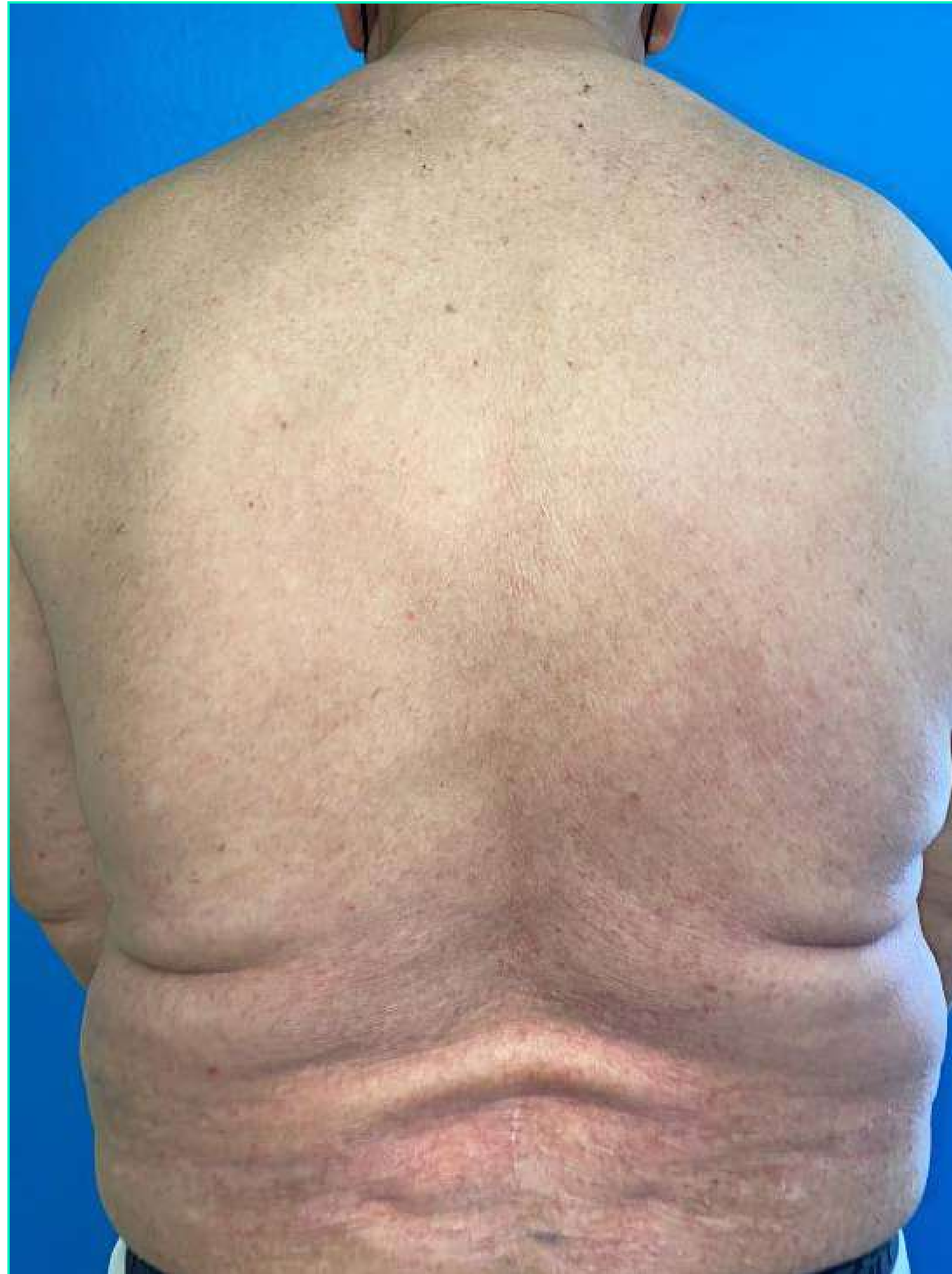
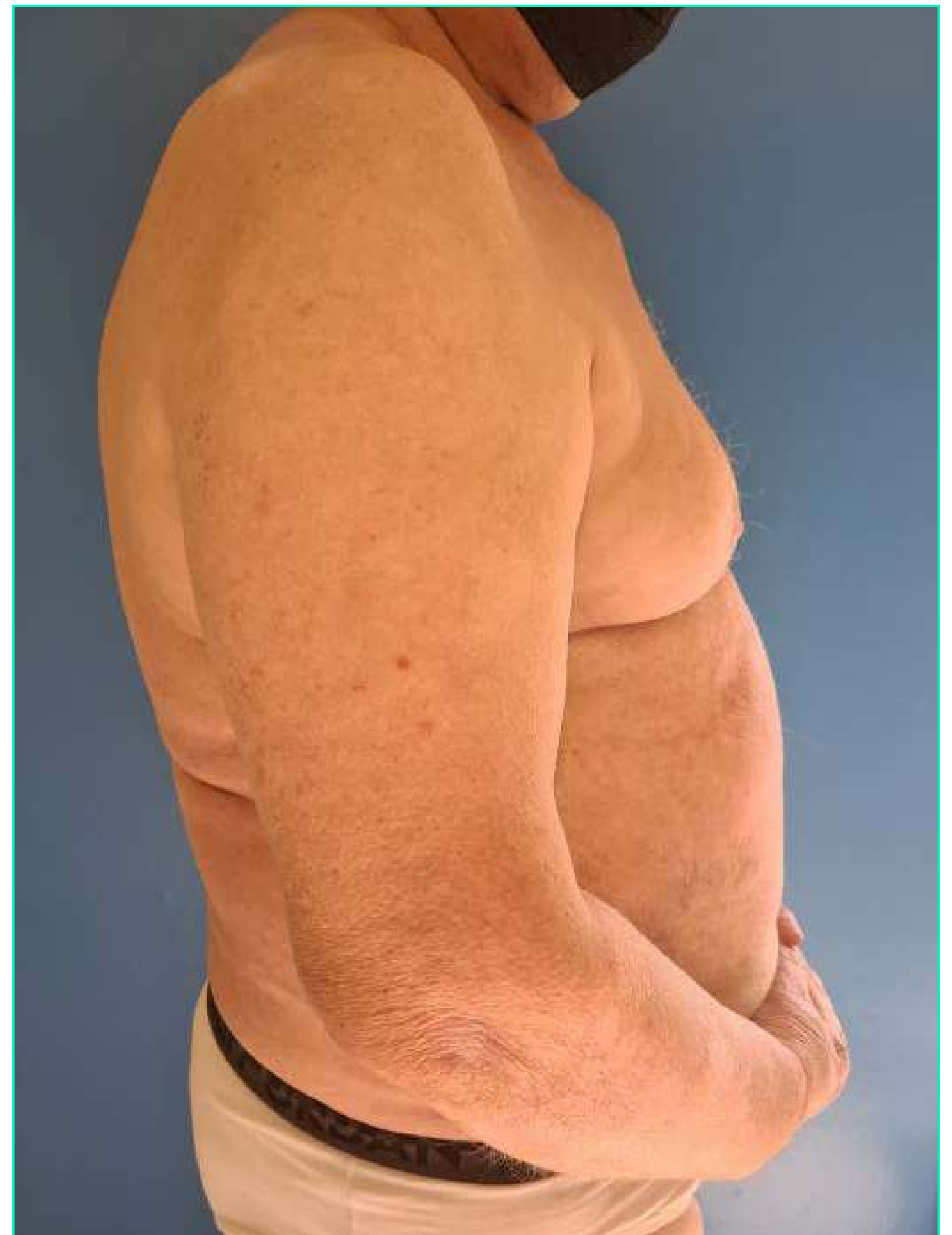


FIGURA 9. Tildrakizumab (Ilumetri®) 100 mg dosis inicial.



FIGURAS 10 y 11. Blanqueamiento casi total y mejoría de la sintomatología tras la segunda dosis de Ilumetri®.



FIGURAS 12 y 13. Blanqueamiento casi total y mejoría de la sintomatología tras la segunda dosis de Ilumetri®.



FIGURAS 14 y 15. Blanqueamiento casi total y mejoría de la sintomatología tras la segunda dosis de Ilumetri®.



Bibliografía

1. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):605-17. doi:[10.1111/bjd.18232](https://doi.org/10.1111/bjd.18232)
2. Sinclair R, Thirthar Palanivelu V. Tildrakizumab for the treatment of psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. 2019;15(1):5-12. doi:[10.1080/1744666X.2019.1544493](https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1544493)
3. Bai F, Li GG, Liu Q, Niu X, Li R, Ma H. Short-term efficacy and safety of IL-17, IL-12/23, and IL-23 inhibitors brodalumab, secukinumab, ixekizumab, ustekinumab, guselkumab, tildrakizumab, and risankizumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis: A systematic review and network meta-analysis of randomized Controlled Trials. *J Immunol Res* [Internet]. 2019;2019:2546161. doi:[10.1155/2019/2546161](https://doi.org/10.1155/2019/2546161)

Efectividad y seguridad de tildrakizumab en paciente con psoriasis y hepatitis B crónica

Cristina Romera de Blas, Elena R. Martínez Lorenzo

Hospital Universitario de Toledo (Toledo).

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de predominio cutáneo cuya base de tratamiento son los agentes tópicos, sin embargo, la escalada a terapias sistémicas es a menudo necesaria para casos severos o recalcitrantes. Debido a la naturaleza inmunosupresora de estos fármacos, el tratamiento de pacientes con infecciones crónicas como la infección por el virus hepatitis B (VHB) pueden suponer un reto, debido al riesgo de reactivación viral y consecuente daño hepático. La evidencia científica sobre el tratamiento de esta población es limitada debido a que estos pacientes suelen ser excluidos de los ensayos clínicos. Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave, que actúa uniéndose de forma específica a la subunidad p19 de la interleucina (IL) 23, inhibiendo su interacción con el receptor de la IL-23. El uso de terapia biológica inmunosupresora anti-IL-23 en pacientes con infección por VHB es muy limitada en la literatura, no habiéndose observado reactivación del VHB en los casos publicados hasta el momento. Caso clínico de una paciente con psoriasis e infección crónica por VHB, además de antecedente cáncer de colon tratada con tildrakizumab.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; VHB; tildrakizumab; IL-23; hepatitis; reactivación



Anamnesis

Mujer de 78 años con antecedente de adenocarcinoma de colon en 2010 y psoriasis en placas de moderada a grave en seguimiento por nuestro servicio por lo que había realizado múltiples tratamientos, entre ellos metotrexato oral y subcutáneo hasta 10 mg/semana, ciclosporina y acitretina 25 mg suspendidos por mala tolerancia, fototerapia UVB de banda estrecha sin respuesta y apremilast suspendido por fallo primario y mala tolerancia. Ante mala evolución clínica se solicita analítica para inicio de tratamiento biológico obteniendo positividad para antígeno (Ag) superficie hepatitis B, anticuerpo (Ac) anti-Ag superficie, Ac anti-Ag core y Ac totales anti-Ag E, con negatividad para Ag-E y Ac IgM anti-Ag core, con baja carga viral (2,56 UI/ml (log10)) y parámetros de función hepática normales, con diagnóstico de infección crónica VHB en probable fase de portadora inactiva. Con estos resultados se solicita valoración por el servicio de digestivo para estudio y tratamiento oportuno.

Exploración

A la exploración presenta placas eritematodescamativas intensamente pruriginosas en tronco, glúteos, miembros superiores e inferiores, faciales y cuero cabelludo (**Figura 1A-C**). PASI: 12, BSA: 8, DLQI: 17.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de moderada a grave, infección crónica VHB en fase de portadora inactiva en paciente con antecedente oncológico.

Tratamiento

A la espera de valoración por digestivo se intensifica el tratamiento tópico, pero ante el empeoramiento de sus lesiones de psoriasis a pesar del mismo, el intenso prurito y la mala calidad de vida deriva de lo anterior se decide iniciar tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica.

Tras las dos primeras dosis de tildrakizumab, se inicia por parte del servicio de digestivo la profilaxis para el VHB con entecavir 0,5 mg cada 24 horas.



Evolución

A la semana 20 presenta mejoría significativa con PASI 2,6 (PASI 75), BSA 1,0, DLQI: 5, sin presentar efectos adversos y sin datos de reactivación del VHB, con niveles de DNA HVB indetectables (**Figura 2A-C**).

A la semana 50 presenta PASI 1,2 (PASI 90), BSA 1, DLQI 3 (**Figura 3A-C**). Tras 18 meses de tratamiento estabilidad de las lesiones, sin datos de reactivación del VHB.

Conclusión¹⁻⁵

Presentamos un caso de psoriasis en placas de moderada a grave e infección VHB crónica, con buen control de la psoriasis con tratamiento con tildrakizumab iniciado previo a comienzo de tratamiento profiláctico de VHB sin datos de reactivación viral con buen perfil de seguridad durante todo el seguimiento.

Tildrakizumab es un tratamiento de demostrada eficacia en la psoriasis en placas de moderada a grave, pero la evidencia en la literatura de su buen perfil de seguridad en relación con la reactivación en infecciones crónicas por VHB es escasa, habiéndose descrito únicamente un caso clínico con tratamiento con tildrakizumab en la serie publicada por Ch'en et al. Aunque son necesarios más estudios para estudiar el perfil de seguridad del tildrakizumab en pacientes con infección crónica por VHB, la ausencia de reactivación del VHB y la evidente mejoría de nuestra paciente con psoriasis en placas de moderada a grave resistente a múltiples líneas de tratamiento, sugiere que podría ser una buena opción terapéutica en esta población.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas intensamente pruriginosas en miembros superiores (A), inferiores (B) y glúteos (C).



FIGURA 2. A la semana 20 presenta mejoría significativa con PASI 2,6 (PASI 75), BSA 1,0, DLQI 5.



FIGURA 3. A la semana 50 presenta PASI 1,2 (PASI 90), BSA 1, DLQI 3.



Bibliografía

1. Kaushik SB, Lebwohl mg. Psoriasis: Which therapy for which patient: Focus on special populations and chronic infections. J Am Acad Dermatol. enero de 2019;80(1):43-53. doi:[10.1016/j.jaad.2018.06.056](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.056)
2. Thatiparthi A, Martin A, Liu J, Egeberg A, Wu JJ. Biologic Treatment Algorithms for Moderate-to-Severe Psoriasis with Comorbid Conditions and Special Populations: A Review. Am J Clin Dermatol. 1 de julio de 2021;22(4):425-42. doi:[10.1007/s40257-021-00603-w](https://doi.org/10.1007/s40257-021-00603-w)
3. Chén PY, Farrer S, Miranda-Cacdac L, Song EJ. The use of interleukin 23 inhibitors in patients with chronic hepatitis B infection: A case series. JAAD Case Rep. diciembre de 2022;30:1-4. doi:[10.1016/j.jdcr.2022.09.023](https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2022.09.023)
4. Kaushik SB, Lebwohl mg. Psoriasis: Which therapy for which patient: Focus on special populations and chronic infections. J Am Acad Dermatol. enero de 2019;80(1):43-53. doi:[10.1016/j.jaad.2018.06.056](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.056)
5. Chiu HY, Chiu YM, Chang Liao NF, Chi CC, Tsai TF, Hsieh CY, et al. Predictors of hepatitis B and C virus reactivation in patients with psoriasis treated with biologic agents: a 9-year multicenter cohort study. J Am Acad Dermatol. agosto de 2021;85(2):337-44. doi:[10.1016/j.jaad.2019.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.001)

Psoriasis y tildrakizumab en una paciente de edad avanzada. A propósito de un caso

José Javier Mateos Rico, María Dolores Caro Gutiérrez, Rocío Muñoz Martínez, Lucía Ascanio Armada,
Francisco Javier Vicente Martín

Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Psoriasis en placas de moderada a grave en una mujer de 74 años pluripatológica y polimedicada, con buen control de su enfermedad clínica tras dos años de tratamiento con tildrakizumab, sin aparición de efectos secundarios.

PALABRAS CLAVE:
tildrakizumab; edad avanzada



Anamnesis

Introducción: la psoriasis afecta aproximadamente a un 1-3% de la población mundial. El aumento en la esperanza de vida de la población causa que cada vez veamos más pacientes de edad avanzada en nuestra consulta que padecen psoriasis¹. Hasta un 15% de estos pacientes presentan formas moderadas-severas de la enfermedad¹, con el importante impacto en la calidad de vida que ello conlleva.

Caso clínico: mujer de 74 años pluripatológica y polimedicada, con antecedentes personales de dislipemia, múltiples fracturas osteoporóticas, gastritis erosiva, dilatación de vía biliar intra y extrahepática y diverticulosis.

Exploración

Presentaba placas eritematodescamativas en tronco, extremidades y pliegues (**Figura 1**).

Diagnóstico

En seguimiento en nuestro servicio por psoriasis en placas de moderada a grave de más de 10 años de evolución.

Tratamiento

Inicialmente con buen control de la enfermedad con terapia tópica hasta el año 2014, cuando presentó empeoramiento clínico. Se asoció tratamiento con acitretina, pero se decidió su suspensión a los pocos meses por objetivar en analíticas de control aumento de transaminasas, que posterior a la suspensión de acitretina se normalizaron. Inició en este momento fototerapia sin mejoría y con aún mayor empeoramiento de la clínica por lo que se decidió inicio de tratamiento con ciclosporina en octubre de 2014, que tuvo que ser suspendido a los 4 meses por desarrollo de hipertensión arterial resistente a tratamiento antihipertensivo y edema en miembros inferiores. En diciembre de 2014 inició tratamiento con metotrexato con buen control de la enfermedad, precisando suspensión del tratamiento por fractura vertebral y ajustes de dosis por nuevos rebrotes de su enfermedad psoriásica.



Finalmente, a finales del año 2016 se acordó suspensión de metotrexato por desarrollo de intolerancia digestiva incompatible con las actividades básicas de la vida diaria de la paciente, y persistencia de lesiones psoriásicas a pesar de los ajustes de dosis realizados. Fue valorada en el año 2017 por el servicio de Reumatología por desarrollo de artralgias, descartando afectación psoriásica articular y en este año inicia tratamiento con ustekinumab con rápida respuesta al tratamiento, pero finalmente se suspende por desarrollo de infecciones respiratorias de repetición, presentando tres episodios neumónicos.

Evolución

En febrero de 2018 comienza tratamiento con secukinumab con buena evolución, permitiendo espaciar las dosis del medicamento. Sin embargo, mostró pérdida progresiva de eficacia así que en noviembre de 2020 se decidió cambio de tratamiento a tildrakizumab según ficha técnica, manteniendo este tratamiento hasta la fecha sin efectos adversos ni nuevas alteraciones analíticas desde el inicio del tratamiento. En la última revisión en octubre de 2022, la paciente refirió buen estado general y control de la enfermedad, mostrando en ese momento PASI <1 mantenido a los dos años del inicio del tratamiento.

Discusión

La enfermedad psoriásica es una patología crónica de curso en brotes. Por este motivo, los pacientes requieren tratamientos durante largas temporadas de su vida.

El grado de severidad en las distintas escalas (PASI, BSA, etc.) o el fallo de la terapia tópica u otros tratamientos previos, suponen una indicación para el escalado o cambio terapéutico².

Actualmente disponemos de una amplia gama de tratamientos frente a la psoriasis, que se emplean de forma escalonada: tópicos, sistémicos convencionales, moléculas sintéticas y terapias biológicas². El alto coste sanitario de muchos de estos tratamientos y una población cada vez más envejecida y con diverso perfil de patologías concomitantes, hacen necesaria una cuidadosa selección de las terapéuticas empleadas en psoriasis en la consulta del dermatólogo²; sin embargo, pocos estudios se han dedicado a evaluar las opciones terapéuticas en este subgrupo de pacientes ancianos con enfermedad psoriásica.



Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige de forma selectiva frente a la interleucina 23 (IL23), clave en la patogenia de la enfermedad psoriásica³, que se ha demostrado eficaz frente a la patología en formas moderadas-graves en distintos ensayos clínicos como son reSURFACE 1 y reSURFACE 2 en los que se evaluó la eficacia y seguridad de tildrakizumab con un seguimiento de hasta 5 años. En estos se observó que los pacientes respondedores antes de la semana 28 al tratamiento, mantuvieron el beneficio clínico de forma sostenida, observando un PASI 90 en hasta un 60% de los pacientes a los 5 años⁴.

En cuanto a su perfil de seguridad, la incidencia de infección y procesos neoplásicos durante el seguimiento de estos pacientes fue similar a la incidencia observada en el grupo placebo y además no se observaron diferencias significativas en el perfil de seguridad en personas de edad avanzada (mayores de 65 años) en comparación con pacientes más jóvenes^{1,4}, lo que lo convierte en un medicamento idóneo para nuestro caso.

Hasta un 10% de los pacientes afectados de psoriasis supera los 70 años. Si bien la edad no debe marcar el objetivo ni la estrategia terapéutica², los procesos de farmacodinámica y farmacocinética de los tratamientos utilizados en este subgrupo de pacientes se ve afectado por los procesos de inmunosenescencia y envejecimiento⁵. Además, debido a su mayor prevalencia de comorbilidades, es más frecuente encontrarnos con interacciones farmacológicas y efectos secundarios en los tratamientos².

Presentamos un caso de psoriasis en placas de moderada a grave en una mujer de 74 años pluripatológica y polimedicada, con buen control de su enfermedad clínica tras dos años de tratamiento con tildrakizumab, sin aparición de efectos secundarios.

Conclusión

Resulta de vital importancia individualizar el tratamiento de los pacientes afectados de psoriasis de acuerdo con sus comorbilidades y características clínicas. Tildrakizumab ha mostrado datos prometedores en cuanto a eficacia y seguridad mantenidas a largo plazo, tanto en ensayos clínicos como en una cohorte de pacientes mayores de 65 años, sin aparición de efectos adversos severos.

Es necesario realizar más estudios en este subgrupo de pacientes ancianos en práctica clínica habitual para afianzar estos resultados y postular las dianas frente a IL-23 como un arsenal terapéutico seguro y dirigido frente a la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes de edad avanzada.



FIGURA 1. Paciente con placas eritematodescamativas en tronco, extremidades y pliegues.



Bibliografía

1. Ruggiero A, Fabbrocini G, Cinelli E, Ocampo Garza SS, Camela E, Megna M. Anti-interleukin-23 for psoriasis in elderly patients: guselkumab, risankizumab and tildrakizumab in real-world practice. *Clin Exp Dermatol*. 2022 Mar 1;47(3):561-7. doi:[10.1111/ced.14979](https://doi.org/10.1111/ced.14979)
2. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. Practical update of the Recommendations Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPS) on the Treatment of Psoriasis with Biologic Therapy. *Actas Dermosifiliogr*. 2021. doi:[10.1016/j.ad.2021.10.011](https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.011)
3. Mastorino L, Cariti C, Susca S, Sciamarrelli N, Borriello S, Ortoncelli M, et al. Tildrakizumab in real-life shows good efficacy in moderate-to-severe psoriasis regardless of previous use of biologic drugs and joint involvement. *Dermatologic Therapy*. 2022;35(11). doi:[10.1111/dth.15818](https://doi.org/10.1111/dth.15818)
4. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, et al. Long-term efficacy and safety of tildrakizumab for moderate-to-severe psoriasis: pooled analyses of two randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2) through 148 weeks. *Br J Dermatol*. 2020;182(3):605-17. doi:[10.1111/bjd.18232](https://doi.org/10.1111/bjd.18232)
5. Sandhu VK, Ighani A, Fleming P, Lynde CW. Biologic Treatment in Elderly Patients With Psoriasis: A Systematic Review. *J Cutan Med Surg*. 2020;24(2):174-86. doi:[10.1177/1203475419897578](https://doi.org/10.1177/1203475419897578)

Skilarence®

Índice

01. La búsqueda de paternidad como condicionante en la elección del tratamiento para la psoriasis	293
02. Control completo de psoriasis en placas y de angiopatía amiloide inflamatoria con el uso de dimetilfumarato (Skilarence®).....	303
03. Superrespondedores: buena respuesta a dosis bajas de dimetilfumarato	312
04. Skilarence® como arma terapéutica a tener en cuenta para el manejo de la psoriasis	318
05. Excelente respuesta de psoriasis palmoplantar al tratamiento con Skilarence®	324
06. Uso de Skilarence® en psoriasis en localizaciones de difícil tratamiento: excelente respuesta en cuero cabelludo.....	333
07. Psoriasis genital severa en paciente diabética con síndrome metabólico e intertrigos candidiásicos de repetición	340
08. Psoriasis, síndrome metabólico y bienestar emocional: “Uno para todos y todos para uno”	346
09. Psoriasis en placas con afectación plantar	352
10. Utilidad de Skilarence® en paciente con psoriasis de localización difícil y artritis psoriásica bien controlada	358
11. Skilarence®: una primera línea terapéutica como paso previo al tratamiento con biológicos para la psoriasis.....	364
12. Skilarence® y psoriasis: reporte de un caso	374
13. Eficacia de Skilarence® a bajas dosis en psoriasis en gota persistente	378
14. Uso de Skilarence® en pacientes con psoriasis moderada-severa y factores de riesgo cardiovascular	390
15. Asesoría telefónica por enfermería especializada como intervención eficaz en el seguimiento del tratamiento con dimetilfumarato.....	398
16. Empoderamiento en época de biológicos.....	405

La búsqueda de paternidad como condicionante en la elección del tratamiento para la psoriasis

Sara Merino Molina, María Dolores Benedicto Maldonado, Ana Medina Fernández, Jorge A. Suárez Pérez, Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Varón de 37 años que consulta por psoriasis en placas de 10 años de evolución, con reciente empeoramiento tras suspensión de metotrexato por búsqueda de paternidad, lo que le ha ocasionado un gran impacto en su calidad de vida. A la exploración, destacan placas eritemato-descamativas que ocupan el 45% de la superficie cutánea, con un PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) de 27.

Tras fracasos a otras líneas terapéuticas, y ante el deseo de paternidad del paciente, se inicia tratamiento con Skilarence® según ficha técnica, con buena tolerancia.

El paciente acude a las 4 semanas con una clara mejoría de las lesiones cutáneas, objetivándose un PASI de 4 y un BSA (*Body Surface Area*) de 7%. Refiere buena tolerancia a la medicación, no habiendo presentado efectos adversos.

Por tanto, consideramos que Skilarence® constituye una opción eficaz para el tratamiento de la psoriasis moderada o grave, con un buen perfil de seguridad, y que supone una alternativa para aquellos pacientes en búsqueda de paternidad que precisan tratamiento sistémico para el control de su psoriasis.

PALABRAS CLAVE:

Skilarence®; dimetilfumarato; psoriasis; paternidad; buena tolerancia; eficacia



Anamnesis

Varón de 37 años que consulta por psoriasis en placas de 10 años de evolución, con reciente empeoramiento tras suspensión de metotrexato por búsqueda de paternidad con su pareja. No tiene antecedentes familiares de psoriasis y no refiere otras patologías de interés. Es fumador de un paquete diario.

Ha sido tratado previamente con calcipotriol/betametasona de forma tópica, fototerapia, acitretino y metotrexato como última línea terapéutica, con regular control.

Actualmente acude a consulta con un brote severo de psoriasis que interfiere gravemente en su calidad de vida, tanto a nivel social como laboral, generándole dificultad para conciliar el sueño y causándole elevados niveles de ansiedad.

Exploración

A la exploración, se aprecian placas eritematodescamativas a nivel de tronco (**Figura 1**), extremidades (**Figura 2**) y cuero cabelludo (**Figura 3**), afectando al 45% de su superficie cutánea, con un PASI de 27. El paciente pesa 75 kg y mide 1,78 m, con un IMC (índice de masa corporal) de 23,66 kg/m². Aporta una analítica sanguínea y serología recientes en las que no se aprecian alteraciones a destacar.

Diagnóstico

Psoriasis en placas de carácter grave.

Tratamiento

Ante el fracaso a fármacos inmunosupresores clásicos como el metotrexato, y ante el deseo de paternidad del paciente, consideramos que el tratamiento idóneo es iniciar Skilarence[®] según ficha técnica, comenzando con un comprimido diario de 30 mg durante la cena, con ascenso progresivo de dosis según tolerancia. Además, se facilita al paciente el teléfono de contacto de Skilarence[®] Responde, para poder consultar ante cualquier duda o complicación que pueda surgir durante la toma de medicación.



Evolución

El paciente acude a las 4 semanas de haber comenzado Skilarence[®], presentando una franca mejoría de sus lesiones cutáneas. Ha podido alcanzar la dosis de 120 mg al día, con buena tolerancia y sin haber presentado efectos adversos. Se encuentra muy satisfecho con el tratamiento pautado.

A la exploración, se aprecia una marcada disminución del tamaño y del grado de infiltración de las placas psoriásicas, tanto a nivel de tronco (**Figura 4**) como de extremidades (**Figura 5**), presentando un PASI de 4 y un BSA de 7% en el momento de la consulta.

En cuanto al impacto en su calidad de vida, el paciente refiere haber recuperado su capacidad para conciliar el sueño y para relacionarse adecuadamente a nivel laboral y social, debido a la mejoría en su estado de ánimo y en su autoestima.

Ante tal respuesta, planteamos mantener la dosis de 120 mg diarios sin continuar el ascenso. En caso de no empeoramiento de las lesiones durante su evolución, se valorará realizar una reducción progresiva hasta alcanzar la dosis mínima eficaz.

Conclusión

La psoriasis es una patología inflamatoria cutánea en cuya etiopatogenia intervienen tanto factores genéticos como ambientales. Las lesiones eritematodescamativas típicas de esta enfermedad a menudo suponen un impacto psicosocial importante para el paciente¹. Sin embargo, las repercusiones no son únicamente debidas al prurito, dolor, o alteración de la autoestima, sino que esta patología también se relaciona con mayor comorbilidad cardiovascular y metabólica. Por este motivo, es necesaria una intervención precoz para contribuir a cambiar el curso inflamatorio de la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas posteriores.

Skilarence[®] contiene dimetilfumarato, un éster de ácido fumárico que se administra vía oral y se metaboliza a monometilfumarato. Éste actúa como inmunomodulador, reduciendo la respuesta inflamatoria de citoquinas, disminuyendo el infiltrado inflamatorio a nivel de las placas de psoriasis e inhibiendo la proliferación de queratinocitos².

Las reacciones adversas, más frecuentemente a nivel gastrointestinal y de rubefacción, son habitualmente de carácter leve y su tolerancia puede incrementarse con una subida lenta y progresiva de dosis³.

Skilarence[®] constituye, por tanto, una opción eficaz para el tratamiento de la psoriasis moderada o grave, con un buen perfil de



seguridad, especialmente durante su uso a largo plazo². Su posología vía oral facilita una administración cómoda que permite un aumento progresivo de la dosis en función de la tolerancia y respuesta⁴. Esto lo convierte en un tratamiento individualizado para cada paciente.

Finalmente, cabe destacar la posibilidad de emplearlo en pacientes varones que se encuentran en búsqueda de paternidad, sin que sea preciso su suspensión previa, por lo que supone un fármaco seguro para el tratamiento de la psoriasis de pacientes jóvenes que precisan terapia sistémica y que no puedan recibir otro tipo de inmunosupresores clásicos.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas a nivel de tronco.



FIGURA 2. Placas eritematodescamativas en extremidades.



FIGURA 3. Placas eritematodescamativas en cuero cabelludo.



FIGURA 4. A las 4 semanas de haber comenzado Skilarence® se aprecia marcada disminución del tamaño y grado de infiltración de las placas psoriásicas a nivel de tronco.



FIGURA 5. A las 4 semanas de haber comenzado Skilarence® se aprecia marcada disminución del tamaño y grado de infiltración de las placas psoriásicas a nivel de extremidades.



Bibliografía

1. P.C.M. van de Kerkhof, R. Loewe, U. Mrowietz, M. Falques, I. Pau-Charles, and J.C. Szepietowski. Quality of life outcomes in adults with moderate-to-severe plaque psoriasis treated with dimethylfumarate (DMF): a post hoc analysis of the BRIDGE study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34(1): 119–126. doi:[10.1111/jdv.15922](https://doi.org/10.1111/jdv.15922)
2. Mrowietz U, Barker J, Boehncke WH et al Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32(3): 3–14. doi:[10.1111/jdv.15218](https://doi.org/10.1111/jdv.15218)
3. Radomir Reszke, Jacek C. Szepietowski. A safety evaluation of dimethyl fumarate in moderate-to-severe psoriasis. *Expert Opin Drug Saf*. 2020;19(4):373–380. doi:[10.1080/14740338.2020.1736553](https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1736553)
4. Ralph von Kiedrowski, Sebastian Diemert. Introducing a simplified titration scheme for dimethylfumarate (DMF) in patients with moderate-to-severe psoriasis: a case series. *J Dermatolog Treat*. 2022; 33(4): 2376-2379. doi:[10.1080/09546634.2021.1959889](https://doi.org/10.1080/09546634.2021.1959889)

Control completo de psoriasis en placas y de angiopatía amiloide inflamatoria con el uso de dimetilfumarato (Skilarence®)

Beatriz Butrón Bris, Sonsoles Berenguer Ruiz, Íñigo Lladó Fernández, Alejandra Reolid Pérez, Esteban Daudén Tello, Mar Llamas Velasco

Hospital Universitario de la Princesa (Madrid).

RESUMEN

La angeítis cerebral inflamatoria asociada a beta-amiloide es una forma infrecuente de presentación de la enfermedad de Alzheimer, suele cursar con un cuadro clínico que combina deterioro cognitivo rápidamente progresivo, crisis epilépticas y cefalea, determinando a su vez una elevada comorbilidad.

En la actualidad, el tratamiento de elección es el uso de corticoides orales a dosis medias-altas durante periodos prolongados, con los riesgos asociados que conlleva dicha terapia. La asociación de un tratamiento sistémico inmunosupresor permite el ahorro de corticoides y el control a largo plazo de esta patología, hasta la fecha no tenemos evidencia suficiente para determinar que tratamiento es el de elección en esta patología de origen inflamatorio.

Mujer de 67 años con psoriasis en placas moderada y antecedentes de patología vascular cerebral inflamatoria, a quien iniciamos tratamiento con dimetilfumarato (Skilarence®) para el control concomitante de ambas entidades clínicas.

Tras 6 meses de tratamiento con dimetilfumarato, se alcanzó el aclaramiento completo de su psoriasis en placas moderada y control concomitante del cuadro de angeítis cerebral inflamatoria, con muy buena tolerancia y sin efectos secundarios asociados.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; angiopatía amiloide inflamatoria; angeítis; dimetilfumarato; vasculitis



Anamnesis

Mujer de 67 años en seguimiento en nuestro servicio de dermatología por psoriasis en placas moderada sin afectación articular de más de 30 años de evolución, en tratamiento con metotrexato (MTX) 7,5 mg/día y terapia tópica desde hacía 1 año, con control adecuado de las lesiones cutáneas.

En septiembre de 2019 nos interconsultan desde el servicio de Neurología para valoración y replanteamiento del plan terapéutico durante ingreso hospitalario por cuadro de desorientación y alteraciones del lenguaje secundario a episodio de edema cerebral con etiología más probable: angeítis/vasculitis cerebral inflamatoria asociada a beta-amiloide (ABRA) (Figura 1A-C).

En ese momento, durante el ingreso, la paciente presenta una psoriasis leve (PASI 0,2, BSA 0,3 PGA 1, PGPA 1, Prurito 0), por lo que se decide suspensión del tratamiento con MTX y control con tópicos hasta revisión, y tras estabilización del proceso agudo.

Cinco meses después del episodio de angeítis cerebral acude a revisión a nuestras consultas, en este momento la paciente se encuentra en tratamiento con 10 mg/día de prednisona y estable del cuadro neurológico.

Tras varios meses en tratamiento con corticoide tópico para su psoriasis, combinado con los corticoides orales pautados para su vasculitis cerebral, la paciente presenta un empeoramiento de las lesiones cutáneas (PASI 7,6) (Figura 2A-B), motivo por el que junto con el servicio de Neurología se plantea el inicio de terapia sistémica que permita el control de su psoriasis y la estabilidad del cuadro cerebral inflamatorio.

Es en ese momento se decide, consensuado con el servicio de Neurología, el inicio de terapia oral con dimetilfumarato (DMF).

Exploración

A la exploración en el momento del inicio de tratamiento con DMF la paciente presenta múltiples placas eritematodescamativas, dispersas por toda la región corporal (codos, rodillas, región lumbar, miembros inferiores, etc.). Afectación del cuero cabelludo y a nivel genital. No afectación ungueal.



Diagnóstico

Psoriasis en placas moderada en paciente con proceso inflamatorio cerebral asociado (angiopatía amiloide inflamatoria).

Tratamiento

No adecuado control de las lesiones a pesar de terapia tópica combinada (calcipotriol/betametasona) y dosis bajas de prednisona (pautado por proceso inflamatorio cerebral).

Se inicia tratamiento oral con dimetilfumarato, según ficha técnica, con progresivo aumento de dosis de 30 mg/día al inicio, hasta alcanzar 720 mg/día, con buena tolerancia.

Evolución

Tras 3 meses de tratamiento con DMF la paciente presenta adecuada tolerancia, sin efectos secundarios graves o limitantes, pero aclaramiento parcial de las lesiones cutáneas.

Tras 3 meses a dosis máximas de DMF, y tras 6 meses de tratamiento, la paciente presenta aclaramiento total de las lesiones con PASI 0 (BSA 0, PGA 0, PGPA 0, EVA prurito 0, DLQI 0) **(Figura 3A-B)**.

Desde el punto de vista neurológico y pasados 10 meses del cuadro agudo de edema cerebral secundario a angeítis la paciente se encuentra asintomática con episodios ocasionales de cefalea.

Además, las pruebas de imagen muestran mejoría franca del edema cerebral **(Figura 4A-C)**.



Conclusión¹⁻⁵

La angeítis cerebral inflamatoria asociada a beta-amiloide es una forma infrecuente de presentación de la enfermedad de Alzheimer que se caracteriza por aparición de lesiones de tipo vasculitis asociadas a la angiopatía amiloide y que suele cursar con un cuadro clínico que combina deterioro cognitivo rápidamente progresivo, crisis epilépticas y cefalea.

El tratamiento con corticoides orales en pauta descendente y durante tiempos prolongados parece actualmente la terapia de elección. En ocasiones, y para el adecuado control de la enfermedad, es necesario la asociación de otra terapia sistémica inmunosupresora al uso de corticoides.

Hasta la fecha no existe suficiente evidencia sobre cuál es el fármaco de elección a asociar en esta patología con tan elevada comorbilidad.

Presentamos el caso de una paciente de 67 años con psoriasis en placas moderada y antecedentes de patología vascular cerebral inflamatoria que consiguió un aclaramiento completo de las lesiones cutáneas de psoriasis tras el inicio de tratamiento oral con dimetilfumarato, sin efectos secundarios asociados y con control concomitante del cuadro de angeítis cerebral.

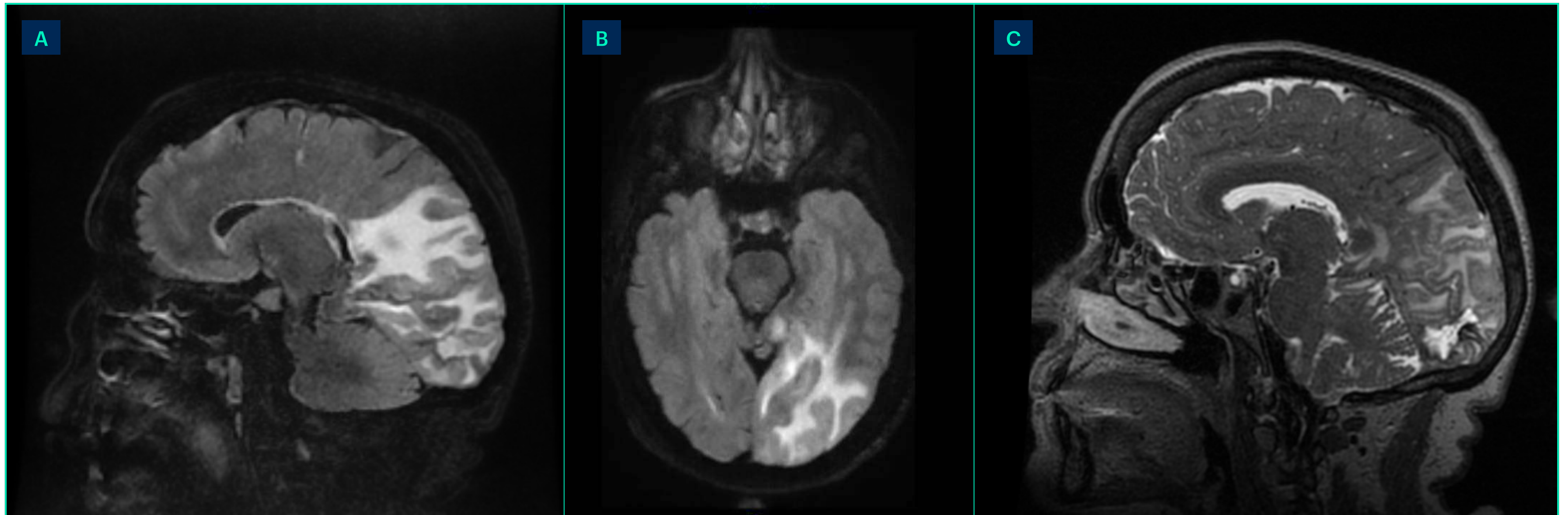


FIGURA 1. Resonancia magnética cerebral realizada en Urgencias que muestra lesiones hiperintensas en FLAIR sagital y axial (A-B) y T2 sagital (C), compatibles con edema, afectando a la sustancia blanca parietooccipitotemporal izquierda, que se extiende por el esplenio del cuerpo calloso, afectando también a la sustancia blanca occipital derecha. Hallazgos compatibles con angeítis cerebral asociada a amiloide (ABRA).



FIGURA 2. Estado basal previo al inicio de tratamiento con dimetilfumarato. Placas psoriásicas en región lumbosacra (A) y miembros inferiores (B),



FIGURA 3. Aclaramiento completo de las lesiones tras 6 meses de tratamiento con dimetilfumarato.

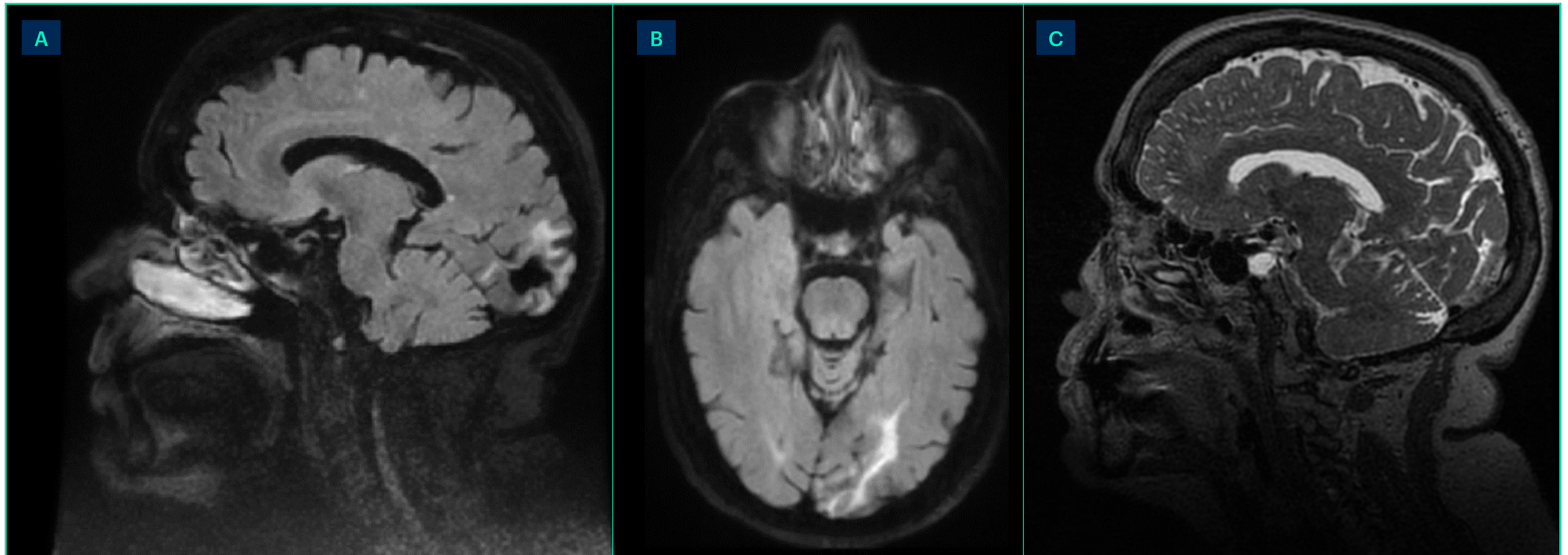


FIGURA 4. Resonancia magnética cerebral con imágenes comparativas en secuencia FLAIR sagital y axial (A-B) y T2 sagital (C) (a los 10 meses del proceso agudo y 6 meses del inicio de tratamiento con DMF), hallazgos con compatibles con angiopatía amiloide cerebral, con resolución del edema cerebral y sin signos de actividad inflamatoria en el momento actual.



Bibliografía

1. Reszke R, Szepietowski JC. A safety evaluation of dimethyl fumarate in moderate-to-severe psoriasis. *Expert Opin Drug Saf.* 2020;19:373-380. doi:[10.1080/14740338.2020.1736553](https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1736553)
2. Mrowietz U, Barker J, Boehncke WH, Iversen L, Kirby B, Naldi L, Reich K, Tanew A, van de Kerkhof PCM, Warren RB. Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32 Suppl 3:3-14. doi:[10.1111/jdv.15218](https://doi.org/10.1111/jdv.15218)
3. Chwalisz BK. Cerebral amyloid angiopathy and related inflammatory disorders. *J Neurol Sci.* 202; 424:117425. doi:[10.1016/j.jns.2021.117425](https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.117425)
4. Vázquez-Costa JF, Baquero-Toledo M, Sastre-Batallera I, Mas-Estellés F, Vílchez-Padilla JJ. Angiopatía amiloide inflamatoria. *Neurología.* 2014;29:254-256. doi:[10.1016/j.nrl.2012.06.004](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.004)
5. Burlando M, Molle MF, Cozzani E, Parodi A. Dimethyl fumarate as a safe and effective therapy for recalcitrant psoriasis in comorbid patients. *Dermatol Reports.* 2022;14. doi:[10.4081/dr.2022.9091](https://doi.org/10.4081/dr.2022.9091)

Superrespondedores: buena respuesta a dosis bajas de dimetilfumarato

Juan Manuel Morón Ocaña, Amalia Pérez Gil, Belén Cívico Ruiz, Virginia Linares López, Ángela Navarro Gilabert

Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

RESUMEN

El uso de dimetilfumarato está indicado en pacientes con psoriasis en placas moderada-severa. Presentamos un varón de 58 años con respuesta completa con dosis bajas de dimetilfumarato (360 mg/día).

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; dimetilfumarato; superrespondedor

Anamnesis

Varón de 58 años sin antecedentes personales de interés salvo psoriasis moderada-grave desde 2016. Ha realizado tratamiento con tópicos y con fototerapia UVBBE con buen control y posteriores recaídas. En 2020 consulta por brote de grandes placas de distribución generalizada.

Exploración

Grandes placas eritematodescamativas confluentes y levemente infiltradas; distribuidas principalmente en pecho, ombligo, espalda y miembros inferiores (**Figura 1**). PASI 8.

Diagnóstico

Psoriasis en placas moderada.

Tratamiento

Omeprazol 20 mg. Skilarence® según pauta ascendente.

Se informa de la posibilidad de:

- Tener molestias gástricas durante los 3 primeros meses. Se recomienda tomar la pastilla con lácteos y comidas.
- Notar episodios de enrojecimiento facial durante las primeras semanas, para contrarrestar esto puede tomar Aspirina® 100 mg 1 comprimido diario.

Evolución

Durante el seguimiento, el paciente ha ido mejorando progresivamente con la escalada de dimetil fumarato hasta desaparecer por completo las lesiones. Con 120 mg/24 h persistían algunas placas en rodillas y muñeca izquierda con placas residuales en el resto del cuerpo (PASI 1). Con 360 mg/24 h el paciente se encuentra totalmente asintomático (PASI 0) (**Figura 2**).

En todo momento ha presentado analíticas normales, y solo ha tenido como efecto adverso un episodio de tiña *corporis* resuelto con antifúngicos tópicos.

Conclusión¹⁻³

En pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, el dimetil fumarato se convierte en una herramienta eficaz para reducir la gravedad y la extensión de la enfermedad. Presenta un perfil de seguridad similar a otros tratamientos clásicos habitualmente usados en psoriasis. Su dosis se puede individualizar según la respuesta y tolerabilidad del paciente. Por lo tanto, dimetil fumarato es una opción de tratamiento sistémico oral útil para el tratamiento de pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave.



FIGURA 1. Grandes placas eritematodescamativas confluentes y levemente infiltradas; distribuidas principalmente en pecho, ombligo, espalda y miembros inferiores.



FIGURA 2. El paciente se encuentra totalmente asintomático con pauta 360 mg/24 h.



Bibliografía

1. Blair HA. Dimethyl Fumare: A Review in Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *Drugs*. 2018;78(1):123-30. doi:[10.1007/s40265-017-0854-6](https://doi.org/10.1007/s40265-017-0854-6)
2. Mrowietz U, Szepietowski JC, Loewe R, et al. Efficacy and safety of LAS41008 (dimethyl fumarate) in adults with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: a randomized, double-blind, Fumaderm- and placebo-controlled trial (BRIDGE). *Br J Dermatol*. 2017;176(3):615-23. doi:[10.1111/bjd.14947](https://doi.org/10.1111/bjd.14947)
3. Schmitt J, Zhang Z, Wozel G, et al. Efficacy and tolerability of biologic and nonbiologic systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol*. 2008;159(3):513-26. doi:[10.1111/j.1365-2133.2008.08732.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08732.x)

Skilarence® como arma terapéutica a tener en cuenta para el manejo de la psoriasis

Miguel Mansilla Polo, Antonio Javier Sahuquillo Torralba

Hospital Universitari i Politènic La Fe (Valencia).

RESUMEN

Mujer de 41 años, sin otros antecedentes de interés, diagnosticada de psoriasis en placas unos 6 años antes. Había recibido previamente tratamiento con corticoides tópicos, metotrexato y acitretina, todos ellos con buena respuesta inicial, pero con fallo secundario tras varios meses de tratamiento.

A la exploración inicial, presentaba placas eritematodescamativas, de distribución en abdomen, espalda y miembros inferiores. Clínicamente, eran mínimamente pruriginosas. Se calculó un PASI de 15 y un BSA del 22 %.

Con la sospecha de psoriasis refractaria a tratamientos tópicos y otros inmunomoduladores sistémicos, se decidió en comité multidisciplinar inicio de tratamiento con Skilarence® a dosis progresiva hasta llegar a 120 mg/12 h. Con esta pauta, la paciente se mantuvo con PASI 1-2 durante los siguientes dos años.

Posteriormente, se bajó paulatinamente la dosis, igualmente sin empeoramiento clínico.

No se registraron efectos adversos clínicos ni analíticos.

Finalmente, ante la estabilidad clínica, se optó por retirar la medicación; encontrándose actualmente la paciente clínicamente asintomática, salvo alguna placa aislada tratada satisfactoriamente con corticoides tópicos.

Con este caso, ejemplificamos una respuesta clínica espectacular con Skilarence® de una psoriasis en placas rebelde a otros tratamientos, y además con muy buen perfil de seguridad.

PALABRAS CLAVE:
psoriasis; Skilarence®

Anamnesis

Mujer de 41 años, sin otros antecedentes médicos de interés, que acude para la valoración de lesiones cutáneas de 5 años de evolución (**Figura 1**). Diagnostica en otro centro de psoriasis en placas y tratada previamente con corticoides tópicos, metotrexato y acitretina, con fallo secundario de todos.

Exploración

Placas eritematodescamativas, de localización en espalda, codos y miembros inferiores. Clínicamente algo pruriginosas. PASI 11 y BSA 15% (**Figura 1**).

No presentaba afectación ungueal, en cuero cabelludo, a otro nivel cutáneo ni tampoco sistémico.

Diagnóstico

Psoriasis en placas.

Tratamiento

Ante la sospecha de psoriasis en placas refractaria a otros inmunomoduladores sistémicos, se inició tratamiento con Skilarence® escalando la dosis hasta 120 mg/12 h, con buena tolerancia clínica y efectividad sostenida en el tiempo (**Figura 2**). Los controles analíticos sucesivos no mostraron leucopenia ni otras alteraciones.

Evolución

Paulatinamente, se fue reduciendo la dosis, hasta que, a los 3 años de tratamiento, se retiró por presentar la paciente un aclaramiento completo.



Conclusión^{1,2}

Con este caso clínico, resaltamos el empleo de Skilarence® como arma terapéutica para el tratamiento de la psoriasis en placas, incluso en casos refractarios a otros tratamientos inmunomoduladores sistémicos.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas, con descamación nacarada y gruesa de predominio en codos, tronco y ambas regiones pretibiales. Sangrado ocasional al rascado (signo de Auschwitz +).

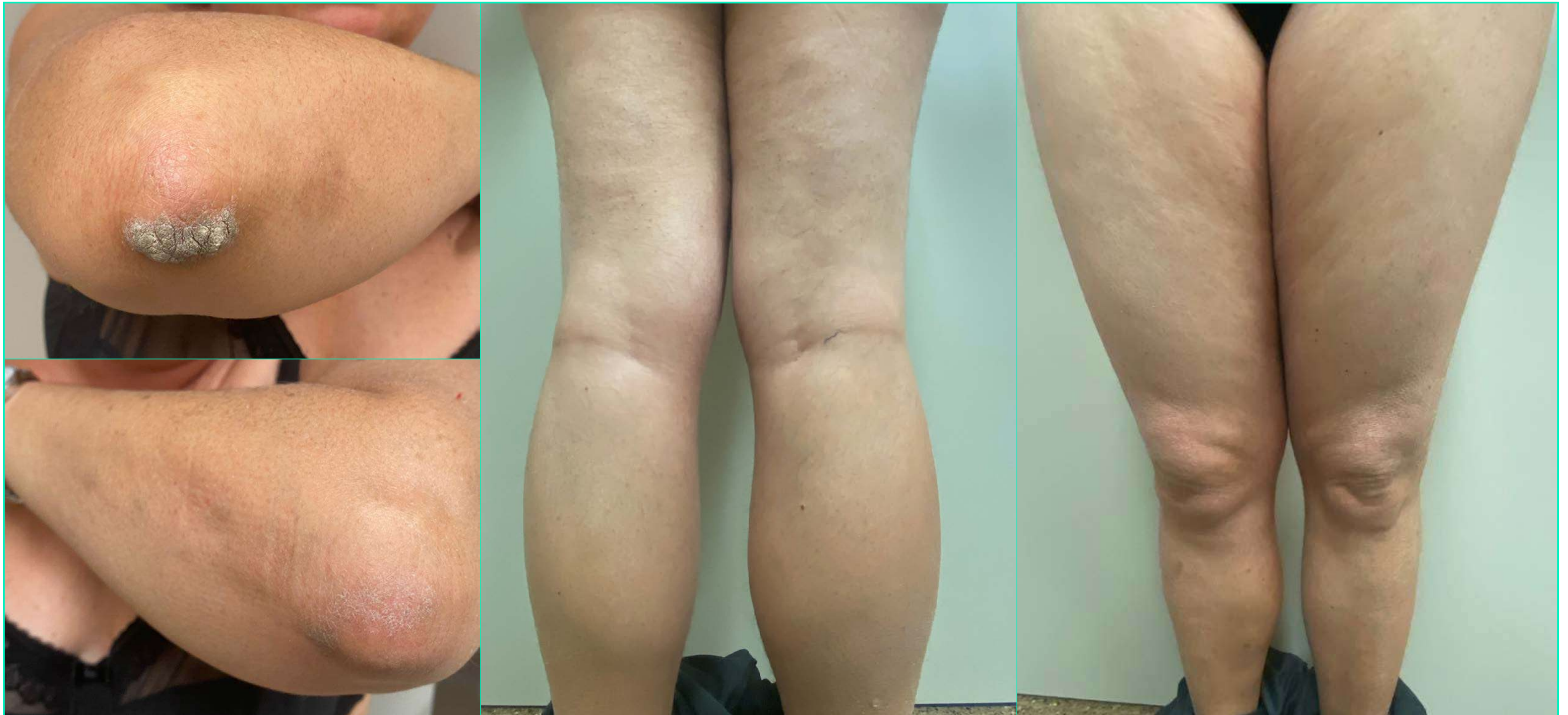


FIGURA 2. Mejoría evidente de lesiones cutáneas a los 3 meses de iniciar tratamiento con Skilarence®.



Bibliografía

1. Nair PA, Badri T. Psoriasis. 2022 Apr 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 28846344. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448194/>
2. Rosés Gibert P, de la Torre Gomar FJ, Saenz Aguirre A, Gimeno Castillo J, González Pérez R. Dimethyl Fumarate as Therapeutic Alternative in Moderate-to-Severe Psoriasis: Our Experience. Psoriasis (Auckl). 2022 Jun 29;12:177-185. doi:10.2147/PTT.S367060. PMID: 35791415; PMCID: PMC9250788.

Excelente respuesta de psoriasis palmoplantar al tratamiento con Skilarence®

Celia Ceballos Cauto, Miguel Ángel Romero Cabrera

Hospital Universitario Puerto Real (Puerto Real, Cádiz).

RESUMEN

Varón de 54 años, cocinero de profesión, con antecedentes de cardiopatía isquémica y enfisema pulmonar que debuta en 2018 con una psoriasis palmoplantar muy invalidante. Estuvo en tratamiento con metotrexato que tuvo que suspender por elevación de las transaminasas y con calcipotriol/betametasona en espuma sin alcanzar control adecuado. En febrero 2019 inicia tratamiento con Skilarence® realizando la escalada de dosis según ficha técnica. Una vez alcanzada la dosis máxima de 720 mg diarios (2-2-2) en la semana 9 se mantuvo con esa dosis hasta la semana 24. A partir ahí comenzó a disminuir un comprimido de 120 mg cada 4 semanas hasta alcanzar dosis de mantenimiento de 360 mg diarios (1-1-1) que es con la que se encuentra actualmente. El paciente ha mostrado una tolerancia excelente desde el principio, con una rápida mejoría y no se han detectado alteraciones analíticas de ningún tipo durante el seguimiento. La afectación palmoplantar suele tener un impacto muy negativo en la calidad de vida de los pacientes y en numerosas ocasiones supone todo un reto terapéutico. En nuestro caso, Skilarence® ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura a corto y largo plazo (>163 semanas) en esta localización difícil de tratar. Si bien es cierto, que los efectos adversos gastrointestinales son notificados con relativa frecuencia durante el tratamiento con Skilarence®, en especial al inicio, recomendar a los pacientes la toma del fármaco con las comidas y con derivados lácteos o ricos en grasas saludables ayuda mucho a disminuirlos o incluso evitarlos.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis palmoplantar; Skilarence®

Anamnesis

Paciente de 54 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica y enfisema pulmonar que consulta por una psoriasis palmoplantar. El paciente era cocinero y aquejaba mucho picor y dolor en las manos que se veía incrementado durante su actividad laboral con un impacto muy negativo en su calidad de vida y en su desempeño profesional. Había realizado previamente tratamiento con metotrexato con mejoría parcial, pero hubo que suspenderlo por elevación de las transaminasas en tres veces el límite superior de la normalidad. Posteriormente se estuvo controlando con calcipotriol/betametasona en espuma hasta febrero 2019 que presentó un nuevo brote y se decidió empezar con Skilarence®.

Exploración

A la exploración física destacaba un eritema palmar brillante bien delimitado y una hiperqueratosis plantar severa (**Figuras 1 y 2**).

Diagnóstico

Psoriasis palmoplantar.

Tratamiento

En febrero 2019 inicia tratamiento con Skilarence® realizando la escalada de dosis según ficha técnica. Una vez alcanzada la dosis máxima de 720 mg diarios (2-2-2) en la semana 9 se mantuvo con esa dosis hasta la semana 24. A partir ahí comenzó a disminuir un comprimido de 120 mg cada 4 semanas hasta alcanzar dosis de mantenimiento de 360 mg diarios (1-1-1) que es con la que se encuentra actualmente.



Evolución

Mejoría ostensible desde la semana 6 de tratamiento (**Figuras 3-5**). PASI 0 desde la semana 16. Más de 163 semanas de tratamiento (desde febrero 2019) sin efectos secundarios clínicos ni analíticos.

Conclusión¹⁻⁴

La afectación palmoplantar suele tener un impacto muy negativo en la calidad de vida de los pacientes y en numerosas ocasiones supone todo un reto terapéutico. En nuestro caso, Skilarence® ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura a corto y largo plazo (>163 semanas) en esta localización difícil de tratar. Si bien es cierto, que los efectos adversos gastrointestinales son notificados con relativa frecuencia durante el tratamiento con Skilarence®, en especial al inicio, recomendar a los pacientes la toma del fármaco con las comidas y con derivados lácteos o ricos en grasas saludables ayuda mucho a disminuirlos o incluso evitarlos.



FIGURA 1. Eritema palmar brillante bien delimitado.



FIGURA 2. Hiperqueratosis plantar severa.



FIGURA 3. Mejoría ostensible desde la semana 6 de tratamiento.

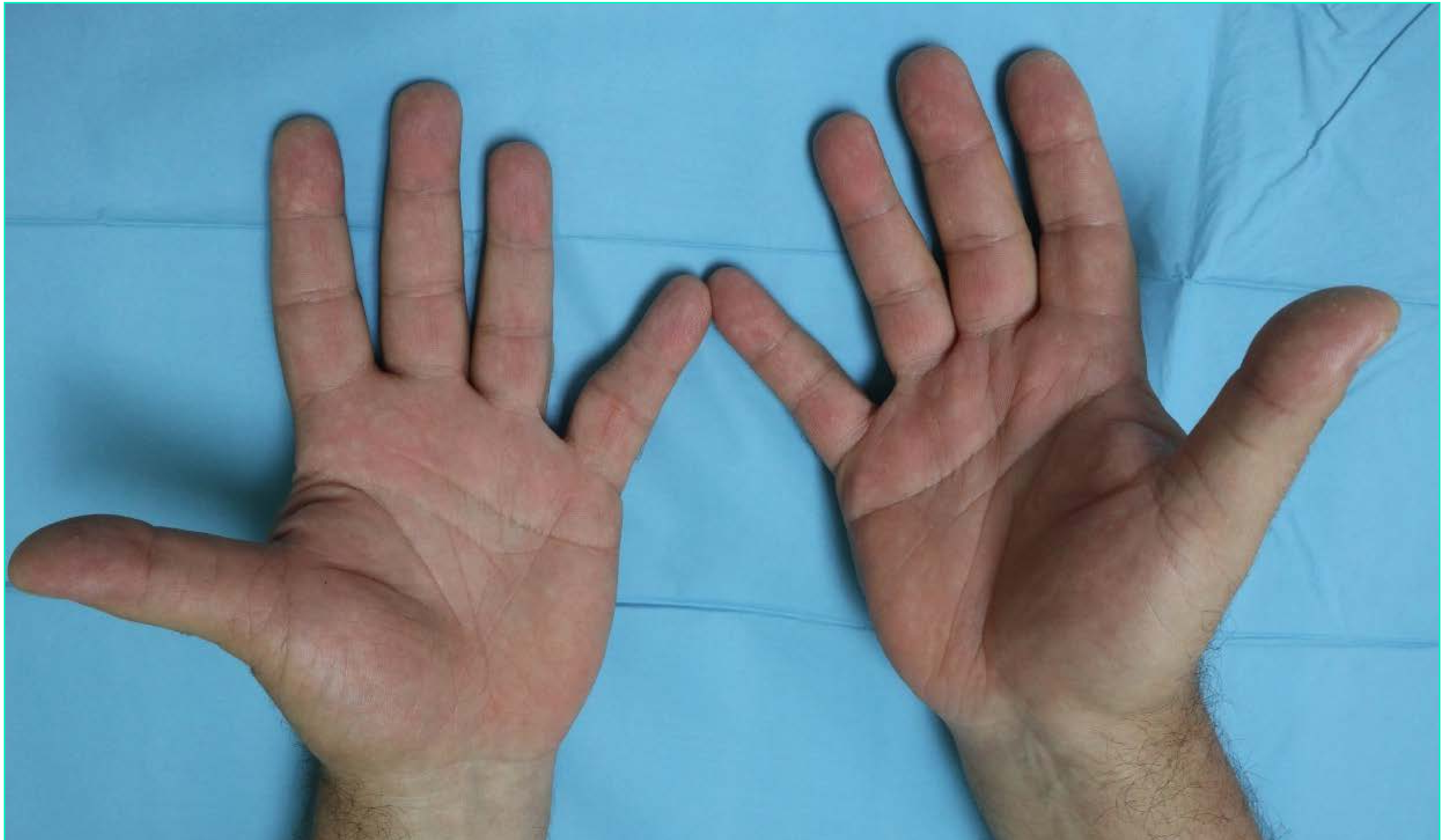


FIGURA 4. Mejoría ostensible desde la semana 6 de tratamiento.



FIGURA 5. Mejoría ostensible desde la semana 6 de tratamiento.



Bibliografía

1. Mrowietz U, Szepietowski JC, Loewe R, et al. Efficacy and safety of LAS41008 (dimethyl fumarate) in adults with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: a randomized, double-blind, Fumaderm® - and placebo controlled trial (BRIDGE). *Br J Dermatol.* 2017;176(3):615-623. doi:[10.1111/bjd.14947](https://doi.org/10.1111/bjd.14947)
2. Augustin M, Landeck L, Diemert S, et al. Long-Term Treatment with Dimethyl Fumarate for Plaque Psoriasis in Routine Practice: Good Overall Effectiveness and Positive Effect on Impactful Areas. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2022;12(5):1121-1131. doi:[10.1007/s13555-022-00714-0](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00714-0)
3. Blair HA. Dimethyl Fumarate: A Review in Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *Drugs.* 2018;78(1):123-130. doi:[10.1007/s40265-017-0854-6](https://doi.org/10.1007/s40265-017-0854-6)
4. Thaçi D, Weisenseel P, Philipp S, et al. Efficacy and safety of fumaric acid esters in patients with psoriasis on medication for comorbid conditions - a retrospective evaluation (FACTS). *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11(5):429-435. doi:[10.1111/ddg.12059](https://doi.org/10.1111/ddg.12059)

Uso de Skilarence® en psoriasis en localizaciones de difícil tratamiento: excelente respuesta en cuero cabelludo

Ana Serrano Ordóñez, Irene López Riquelme, José Antonio Llamas Carmona, Trinidad Martín González, Eduardo López Vera

Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga).

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica, que en hasta un 80% de los pacientes afecta al cuero cabelludo. Esta se considera un área de difícil tratamiento que, además, suele asociar un importante impacto en la calidad de vida.

Se expone el caso de una paciente, mujer de 20 años sin antecedentes de interés, que consulta por psoriasis de 2 años de evolución. Presentaba placas de psoriasis infiltradas en cuero cabelludo que se extendían a la línea de implantación capilar y a región retroauricular, así como placas eritematodescamativas en zona facial. Había realizado tratamiento con corticoides y análogos de la vitamina D tópicos, con ausencia de respuesta y con mala tolerancia.

Refería gran impacto en su calidad de vida, por lo que se decidió iniciar tratamiento sistémico con dimetilfumarato, iniciándose a dosis de 30 mg diarios con aumento progresivo hasta 360 mg diarios. Se realizaron análisis de sangre basal y durante el seguimiento, sin alteraciones. Se consiguió buena respuesta clínica a las 16 semanas de tratamiento, que se mantiene estable tras 3 años de tratamiento con dosis entre 120 mg y 360 mg diarios, según afectación, con buena tolerancia y sin ningún efecto adverso asociado.

Dimetilfumarato es un tratamiento oral aprobado para la psoriasis moderada-grave, con buen perfil de eficacia y seguridad con su uso a largo plazo, que se ha demostrado eficaz en práctica clínica en su uso en de áreas de difícil tratamiento y gran impacto, como son el cuero cabelludo y zonas visibles.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; cuero cabelludo; dimetilfumarato



Anamnesis

Mujer de 20 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni otros antecedentes médicos de interés. No fumadora.

Derivada a consulta de Dermatología por brote de psoriasis de 2 años de evolución. Había realizado tratamiento con corticoides tópicos de media y alta potencia y análogos de la vitamina D, con ausencia de respuesta y mala tolerancia. Refería gran impacto en su calidad de vida (escala *Dermatology Life Quality Index* -DLQI-13), ya que las placas de psoriasis afectaban a cuero cabelludo con extensión a zona retroauricular, línea de implantación capilar e incluso región facial.

Exploración

Se objetivan placas eritematodescamativas con descamación gruesa blanquecina en cuero cabelludo, afectando a la línea de implantación capilar, así como placas de psoriasis en la frente. En la región retroauricular, presentaba fisuración en el pliegue. (Figura 1A-B).

Se calculó una medida en la escala *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) de 4 y un porcentaje de área afectación corporal (BSA) de 8%.

Diagnóstico

La paciente fue diagnosticada de psoriasis en placa con afectación de áreas de difícil tratamiento (cuero cabelludo) y zonas expuestas, como la región facial.

Tratamiento

Dado que la paciente había realizado tratamiento tópico con mala tolerancia y sin buena respuesta clínica, se optó por iniciar un tratamiento sistémico. Dadas sus características basales (mujer joven, en edad fértil, sin otras comorbilidades asociadas), se decidió iniciar tratamiento con dimetilfumarato según la posología indicada en ficha técnica.



Evolución

Tras la valoración inicial con un análisis de sangre basal sin alteraciones, se comenzó el tratamiento según ficha técnica, con una dosis de 30 mg diarios, aumentándose de forma progresiva: 30 mg cada 12 horas durante la segunda semana y posteriormente 30 mg cada 8 horas la tercera semana. Fue revisada en consulta con un análisis de sangre sin alteraciones y sin efectos secundarios asociados, por lo que a la cuarta semana continuó con un comprimido de 120 mg por las noches, que aumentó hasta una dosis 120 mg cada 12 horas, con la que consiguió muy buena respuesta clínica a los 4 meses de tratamiento (**Figura 2A-B**).

Ha continuado ajustando la dosis entre 120 mg, 240 mg y 360 mg diarios según evolución, con control completo de la psoriasis (PASI 0) y sin efectos secundarios clínicos ni alteraciones analíticas en el seguimiento. Actualmente permanece con una respuesta mantenida tras tres años de tratamiento.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica con frecuente afectación del cuero cabelludo, hasta en un 80% de los pacientes. Esta localización requiere una especial consideración, ya que se trata de un área de difícil tratamiento que, además, suele asociar un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes¹. El manejo de la psoriasis del cuero cabelludo puede ser un reto terapéutico, ya que la presencia de pelo dificulta la aplicación de tratamientos tópicos e influye en la adherencia al tratamiento.

Dimetilfumarato (DMF) es un tratamiento oral aprobado para la psoriasis moderada-grave, con un buen perfil de eficacia y seguridad con su uso a largo plazo². Distintos estudios evidencian respuesta clínica significativa con la terapia con DMF en áreas de difícil tratamiento, como la afectación ungueal, genital y de cuero cabelludo^{2,3}.

El tratamiento con DMF a largo plazo (hasta 52 semanas) ha demostrado en práctica clínica buena efectividad y tolerabilidad global, con un efecto positivo en áreas con gran impacto como las uñas, cuero cabelludo, palmas y plantas³. En nuestra paciente, se consiguió una buena respuesta clínica a las 16 semanas, que se ha mantenido estable y con buena tolerancia hasta las 132 semanas, con una dosis diaria de mantenimiento entre 120 mg y 360 mg. Aunque la dosis máxima que se puede emplear es de 720 mg, la mayoría de los pacientes consiguen una respuesta clínica mantenida con dosis menores (entre 120 mg y 480 mg diarios)³.



Por lo general, el tratamiento sistémico en psoriasis está indicado en casos graves, que se define con un PASI >10. Sin embargo, hay ciertas características que pueden hacernos considerar como graves psoriasis con PASI <10, tales como la afectación de áreas visibles, cuero cabelludo, palmas y plantas, ungueal, la presencia de prurito y de placas recalcitrantes⁴. En nuestra paciente, la afectación del cuero cabelludo, áreas visibles como la cara, así como la mala respuesta a tópicos, nos hicieron iniciar tratamiento con dimetilfumarato, que se encuentra en la primera línea de tratamiento sistémico.



FIGURA 1. A) Placas eritematodescamativas con descamación gruesa blanquecina en cuero cabelludo, afectando a la línea de implantación capilar, y placas de psoriasis en la frente. **B)** Fisuración en el pliegue de la región retroauricular.



FIGURA 2. Muy buena respuesta clínica a los 4 meses de tratamiento con dosis 120 mg cada 12 horas.



Bibliografía

1. Wang TS, Tsai TF. Managing scalp psoriasis: An evidence-based review. *Am J Clin Dermatol*. 2017;18(1):17-43. doi:[10.1007/s40257-016-0222-4](https://doi.org/10.1007/s40257-016-0222-4)
2. Esposito M, Campanati A, Giunta A, Calianno G, Bianchi L, Diotallevi F, et al. Dimethyl fumarate's effectiveness and safety in psoriasis: a real-life experience during COVID-19 pandemic. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(3):671-681. doi:[10.1007/s13555-022-00684-3](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00684-3)
3. Augustin M, Landeck L, Diemert S, Asadullah K, Hammann U, Ertner K, et al. Long-term treatment with dimethyl fumarate for plaque psoriasis in routine practice: good overall effectiveness and positive effect on impactful areas. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12(5):1121-1131. doi:[10.1007/s13555-022-00714-0](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00714-0)
4. Mrowietz U, Barker J, Boehncke WH, Iversen L, Kirby B, Reich K, et al. Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32 Suppl 3:3-14. doi:[10.1111/jdv.15218](https://doi.org/10.1111/jdv.15218)

Psoriasis genital severa en paciente diabética con síndrome metabólico e intertrigos candidiásicos de repetición

Gustavo Guillermo Garriga Martina

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Mujer joven de 32 años, en seguimiento en consultas externas de dermatología por psoriasis crónica en placas de 6 años de evolución con afectación leve de codos y rodillas, pero con afectación severa a nivel genital (PASI 5, BSA 3, PGA 3).

Entre sus antecedentes destaca la presencia de síndrome metabólico con obesidad, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia con esteatosis hepática moderada grado 2 en seguimiento ecográfico.

Ha acudido en múltiples ocasiones a urgencias hospitalarias por episodios de candidiasis vulvovaginal e intertrigos candidiásicos en área genital, con intensa afectación de calidad de vida.

Dada la afectación genital severa y síndrome metabólico asociado se prefieren evitar otras alternativas terapéuticas como metotrexato o acitretina y se inicia tratamiento con Skilarence® en dosis ascendente según ficha técnica.

Tras alcanzar una dosis diaria de 480 mg en la séptima semana de tratamiento, la paciente consigue un aclaramiento casi completo de las lesiones con un PASI 1, BSA 0,5, PGA 1, asociando únicamente náuseas y distensión abdominal como efectos adversos.

Dado el control de las lesiones se decide finalizar escalado de dosis para evitar intensificación de efectos adversos gastrointestinales, con un descenso posterior a una dosis de mantenimiento de 120 mg diarios, con desaparición de las molestias gastrointestinales.

Skilarence® es una opción de tratamiento adecuada en mujeres en edad fértil con posible deseo gestacional con comorbilidades como síndrome metabólico, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, dislipemias e hígado graso siendo preferible a otras opciones de tratamiento como metotrexato, acitretina o ciclosporina.

PALABRAS CLAVE:

síndrome metabólico; psoriasis genital



Anamnesis

Mujer joven de 32 años, en seguimiento en consultas externas de dermatología por psoriasis crónica en placas de 6 años de evolución.

Entre sus antecedentes destaca la presencia de síndrome metabólico con obesidad, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia con esteatosis hepática moderada grado 2 en seguimiento ecográfico.

Ha acudido en múltiples ocasiones a urgencias hospitalarias por episodios de candidiasis vulvovaginal e intertrigos candidiásicos en área genital, con intensa afectación de calidad de vida.

Exploración

Se aprecia una leve afectación leve de codos y rodillas, pero con afectación severa a nivel genital (PASI 5, BSA 3, PGA 3), con intenso picor e intertrigo candidiásico asociado (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis crónica en placas con afectación genital severa, asociada a intertrigos candidiásicos de repetición en paciente con diabetes *mellitus* y síndrome metabólico.

Tratamiento

Dada la afectación genital severa y síndrome metabólico asociado se prefieren evitar otras alternativas terapéuticas como metotrexato o acitretina y se decide inicio de tratamiento con Skilarence® en dosis ascendente según ficha técnica.



Evolución

Tras alcanzar una dosis diaria de 480 mg en la séptima semana de tratamiento, la paciente consigue un aclaramiento casi completo de las lesiones con un PASI 1, BSA 0,5, PGA 1 (**Figura 2**), asociando únicamente náuseas y distensión abdominal como efectos adversos.

Dado el control de las lesiones se decide finalizar escalado de dosis para evitar intensificación de efectos adversos gastrointestinales, con un descenso posterior a una dosis de mantenimiento de 120 mg diarios, con desaparición de las molestias gastrointestinales.

Conclusión¹⁻⁴

Skilarence® es una opción de tratamiento adecuada en mujeres en edad fértil con posible deseo gestacional con comorbilidades como síndrome metabólico, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, dislipemias e hígado graso siendo preferible a otras opciones de tratamiento como metotrexato, acitretina o ciclosporina.



FIGURA 1. Candidiasis vulvovaginal e intertrigos candidiásicos en área genital.

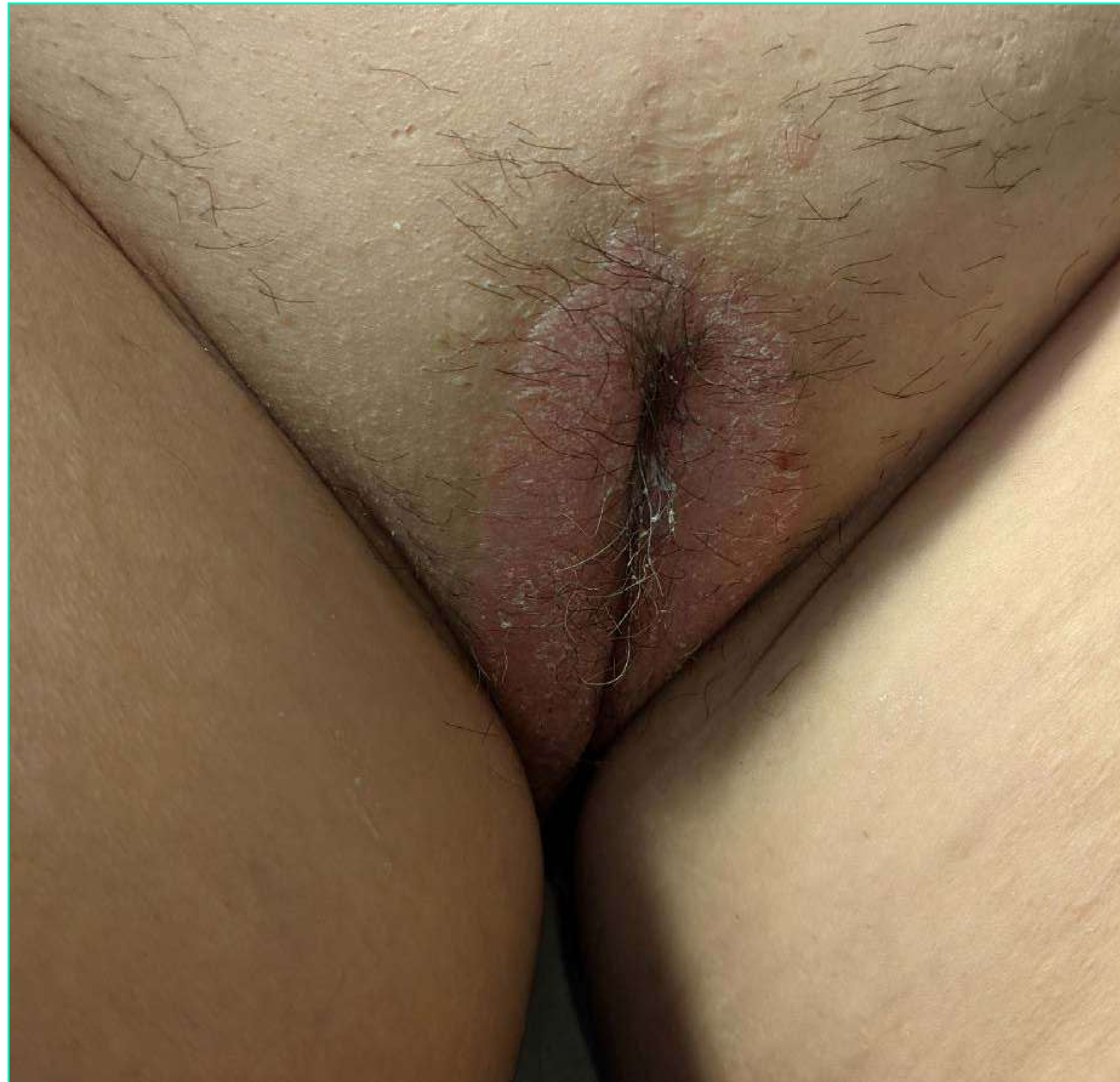


FIGURA 2. Aclaramiento casi completo de las lesiones tras alcanzar una dosis diaria de 480 mg en la séptima semana de tratamiento.



Bibliografía

1. Burlando M, Molle MF, Cozzani E. et al. Dimethyl fumarate as a safe and effective therapy for recalcitrant psoriasis in comorbid patients. *Dermatol Reports*. 2022 Mar 14;14(1):9091. doi:[10.4081/dr.2022.9091](https://doi.org/10.4081/dr.2022.9091)
2. Pezzolo E, Cazzaniga S, Di Leo S et al. Efficacy and safety of Dimethyl fumarate in comparison with conventional therapy for psoriasis: an Italian real-world clinical experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Jul;36(7):e534-e537. doi:[10.1111/jdv.17997](https://doi.org/10.1111/jdv.17997)
3. Reszke R, Szepietowski JC. A safety evaluation of dimethyl fumarate in moderate-to-severe psoriasis. *Expert Opin Drug Saf*. 2020 Apr;19(4):373-380. doi:[10.1080/14740338.2020.1736553](https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1736553)
4. Pellacani G, Bigi L, Parodi A et al. Efficacy and Safety of Dimethyl Fumarate in Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: DIMESKIN-2, a Multicentre Single-Arm Phase IIIb Study. *J Clin Med*. 2022 Aug 16;11(16):4778. doi:[10.3390/jcm11164778](https://doi.org/10.3390/jcm11164778)

Psoriasis, síndrome metabólico y bienestar emocional: “Uno para todos y todos para uno”

María Belén Cívico Ruiz, Virginia Linares López, Juan Manuel Morón Ocaña, Ángela Navarro Gilabert, Amalia Pérez Gil

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla).

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria asociada a múltiples comorbilidades, como el síndrome metabólico o la afectación psicosocial. En el contexto del síndrome metabólico, dimetilfumarato puede tener un papel importante al haber demostrado seguridad en su uso en pacientes con otras enfermedades concomitantes y polimedicación.

Mujer de 48 años con psoriasis en placas de larga evolución que en los últimos meses se había vuelto recalcitrante a la terapia tópica. Tras individualizar el caso, dado su síndrome metabólico asociado, se decidió inicio de dimetilfumarato con muy buena evolución clínica, no solo a nivel cutáneo, sino con repercusión positiva en la esfera emocional. De esta manera, resaltamos la importancia del enfoque multidimensional e integral en el tratamiento del paciente con psoriasis.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; síndrome metabólico; psicosocial



Anamnesis

Mujer de 48 años diagnosticada de psoriasis de larga evolución. Como antecedentes a destacar, presentaba hipertensión arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipemia, obesidad, cardiopatía hipertensiva y esteatosis hepática no alcohólica. Desde el debut de la psoriasis en 2010, la paciente se había manejado con terapia tópica con buen control. Sin embargo, fue derivada a la consulta monográfica de psoriasis en octubre 2021 por empeoramiento en los meses previos, con aparición de placas por el tronco y miembros superiores, afectado en gran medida a su calidad de vida. Negaba dolor articular.

Exploración

Se objetivaban placas eritematodescamativas de distribución simétrica en zonas de extensión de miembros superiores y cara anterior de abdomen, con un índice PASI de 7 (**Figura 1**), llegando a alcanzar un valor de 12 en la escala DLQI.

Diagnóstico

Psoriasis en placas, recalcitrante a terapia tópica.

Tratamiento

Dada el síndrome metabólico asociado, no se planteó el uso de metotrexato, ciclosporina ni acitretina. Debido a su horario laboral, no podía acudir a fototerapia. Por tanto, tras individualizar el caso, se decidió inicio de dimetilfumarato con pauta ascendente.



Evolución

En la primera revisión, a los 3 meses, la paciente refería haber notado una discreta mejoría, con cierto aclaramiento de las lesiones, pero aún presentaba un PASI de 5. En las revisiones posteriores fue presentando una respuesta progresiva hasta conseguir un aclaramiento cutáneo completo a los 10 meses (**Figura 2**), con una dosis de 150 mg diarios y buena tolerancia.

Sin embargo, la paciente no solo resaltaba la mejoría cutánea, también refería haber mejorado su estado de ánimo con mayor autoestima, había comenzado a hacer dieta y estaba pendiente de una cirugía bariátrica, por lo que globalmente su estado de salud estaba mejorando.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria asociada a múltiples comorbilidades. La más frecuente es el síndrome metabólico (obesidad abdominal, hipertensión arterial, hiperglucemia y dislipemia), cuyo riesgo de presentarse aumenta con la gravedad de la psoriasis¹. Sin embargo, además de afectar al bienestar físico, la psoriasis puede afectar a todas las facetas de la calidad de vida (trabajo, familia, relaciones sexuales, bienestar emocional, etc.) con profundas implicaciones psicosociales².

En el contexto del síndrome metabólico, como presentaba nuestra paciente, dimetilfumarato puede tener un papel importante. Es un fármaco antiinflamatorio e inmunomodulador indicado para psoriasis moderada a grave en adultos, con el que se ha demostrado seguridad en su uso en pacientes con otras enfermedades concomitantes y polimedicación³. Además, en nuestro caso, el buen control cutáneo llevó indirectamente a una mejoría del estado emocional de la paciente.

Por tanto, el tratamiento del paciente con psoriasis se ha de contemplar desde un punto de vista integral, con el objetivo de mejorar la condición cutánea pero también buscando un diagnóstico y tratamiento precoz de las comorbilidades, así como para evitar que los medicamentos utilizados en las enfermedades asociadas puedan interferir el curso de la psoriasis, o viceversa⁴. Este manejo multidimensional permite obtener mayores resultados en el paciente que de forma aislada, al igual que ya se decía en *Los tres mosqueteros*: “Uno para todos y todos para uno”.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas de distribución simétrica en zonas de extensión de miembros superiores y cara anterior de abdomen.



FIGURA 2. Aclaramiento cutáneo completo a los 10 meses.



Bibliografía

1. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68(4):654-62. doi:[10.1016/j.jaad.2012.08.015](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2012.08.015)
2. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6(6):383-92. doi:[10.2165/00128071-200506060-00005](https://doi.org/10.2165/00128071-200506060-00005)
3. Mrowietz U, Barker J, Boehncke WH, Iversen L, Kirby B, Naldi L et al. Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32 Suppl 3:3-14. doi:[10.1111/jdv.15218](https://doi.org/10.1111/jdv.15218)
4. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103 Suppl 1:1-64. doi:[10.1016/S0001-7310\(12\)70001-7](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(12)70001-7)

Psoriasis en placas con afectación plantar

Sergio Alique García

Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

RESUMEN

Mujer de 56 años en seguimiento en Dermatología por psoriasis en placas leve (buen control con tratamiento tópico) de años de evolución.

Durante los últimos meses desarrolla afectación de ambas plantas que le causa importantes molestias dolorosas al roce/apoyo.

Se realiza tratamiento tópico (clobetasol), fototerapia y sistémico (acitretina, metotrexato) sin beneficio. Se decide iniciar tratamiento con dimetilfumarato (aumento de dosis según ficha técnica) logrando un adecuado equilibrio (eficacia-efectos adversos) con 120 mg cada 12 horas.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis plantar; pustulosis; dimetilfumarato; calidad de vida

Anamnesis

Mujer de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, que consulta por placas psoriasiformes en codos de varios años de evolución.

Aplica de forma habitual clobetasol tópico con buena respuesta. Sin embargo, en los últimos meses han comenzado a aparecer lesiones en las plantas de ambos pies, que no responden al tratamiento tópico.

La afectación en esta localización le produce una marcada merma en su calidad de vida (prácticamente no puede apoyar los pies debido al dolor que siente).

Se realiza tratamiento con fototerapia, acitretina (hasta 35 mg diarios) y metotrexato inyectado (alcanzando dosis de 15 mg semanales) sin alcanzar un adecuado control de las lesiones en plantas.

Exploración

Placas eritematodescamativas en codos. Placas eritematodescamativas que alternan con pústulas y lesiones fisuradas en plantas y caras laterales de ambos pies. No presenta afectación en palmas (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis en placas con intensa afectación plantar. Pustulosis plantar.

Tratamiento

Se inicia tratamiento con dimetilfumarato oral, aumentado de forma progresiva la dosis según ficha técnica. La tolerancia gastrointestinal al fármaco es regular (produciendo náuseas y vómitos) y además presenta una linfopenia leve en la primera analítica de control.

Dados estos efectos adversos se mantiene a la paciente con una dosis de 120 mg cada 12 horas. Con esta dosis se resuelve la linfopenia, así como las náuseas y vómitos.

Evolución

Se observa una mejoría progresiva de las placas y pústulas plantares, con práctica resolución del cuadro a las 8 semanas de iniciar la terapia. Además, total resolución de las placas en codos.

Actualmente, la paciente lleva 52 semanas de tratamiento (se mantiene con 120 mg cada 12 horas), con aparición de alguna placa eritematodescamativa ocasional en plantas, que no le impide realizar un vida normal (**Figura 2**).

Conclusión¹

En este caso dimetilfumarato no solo ha demostrado utilidad en el control de las placas eritematodescamativas de codos, sino también en una localización especial, de difícil control, como son las plantas.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas que alternan con pústulas y lesiones fisuradas en plantas y caras laterales de ambos pies.



FIGURA 2. A las 52 semanas de tratamiento (120 mg/12 horas), solo se observa aparición de alguna placa eritematodescamativa ocasional en plantas.



Bibliografía

1. Matthias Augustin, Lilla Landeck, Sebastian Diemert, et al. Long-Term Treatment with Dimethyl Fumarate for Plaque Psoriasis in Routine Practice: Good Overall Effectiveness and Positive Effect on Impactful Areas. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 May;12(5):1121-1131. doi:[10.1007/s13555-022-00714-0](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00714-0)

Utilidad de Skilarence® en paciente con psoriasis de localización difícil y artritis psoriásica bien controlada

Pilar Luque Varela

Hospital Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Paciente de 42 años con psoriasis cutánea con afectación severa del cuero cabelludo y diagnosticada de artritis psoriásica bien controlada con salazopirina. Previamente mala tolerancia a acitretina y metotrexato. Dado el buen control de su enfermedad articular con sulfasalazina. Nos decantamos por el tratamiento con Skilarence® por su buen perfil de seguridad en este tipo de paciente (joven y en edad fértil). Se realiza seguimiento por parte del programa de seguimiento de paciente (PSP) de Skilarence®, obteniéndose un buen control de la sintomatología cutánea sin tener que alterar su tratamiento articular con el que tenía buen control de su artropatía. Es reseñable la satisfacción tanto de la paciente como de los profesionales en este caso con el PSP. Consideramos que Skilarence® puede ser una opción en pacientes con artropatía bien controlada que necesiten algún sistémico para control de su sintomatología cutánea.

PALABRAS CLAVE:

Skilarence®; programa de seguimiento al paciente; artritis psoriásica



Anamnesis

Paciente de 42 años diagnosticada de psoriasis desde la infancia y con debut de artritis psoriásica en 2017. Había realizado previamente tratamiento con acitretina, que suspendió por elevación de enzimas hepáticas. En 2017 inicia metotrexato a dosis de 10 mg diarios, que abandona a los 2 años por mala tolerancia. Realiza seguimiento conjunto con Reumatología. Acude a la consulta en mayo de 2022 por mal control de su psoriasis, especialmente en cuero cabelludo. En ese momento se encuentra bien controlada de su artropatía con sulfasalazina de 500 mg, y su único motivo de consulta es la psoriasis de cuero cabelludo (**Figura 1**).

Exploración

Al explorar a la paciente se observan placas de psoriasis con inflamación e hiperqueratosis que afectan a todo el cuero cabelludo, con abundante descamación. La paciente nos refiere gran afectación en su autoestima, además de prurito intratable.

Diagnóstico

Psoriasis en cuero cabelludo (localización de difícil control) en paciente con artritis psoriásica bien controlada con antiinflamatorios orales.

Tratamiento

Dada la mala tolerancia a tratamientos previos, el buen control de su artropatía con el tratamiento actual pautado por Reumatología y la necesidad de un tratamiento eficaz para su psoriasis en localización difícil consensuamos con la paciente el tratamiento con Skilarence®. Indicamos a la paciente ponerse en contacto con el Programa de Seguimiento al Paciente de Skilarence® (PSP) para la escalada de dosis.



Evolución

La enfermera del PSP va contactando con la paciente para ir realizando la escalada de dosis. Estos contactos fueron realizados exclusivamente por el PSP. Adjuntamos fotografía que la propia paciente remitió a la enfermera del PSP para mostrar su mejoría (**Figura 2**). La paciente se encuentra bien controlada de su psoriasis cutánea, sin tener que modificar su tratamiento de artritis psoriásica con el que se encontraba satisfecha y bien controlada. Además, gracias al PSP y la escalada personalizada de dosis no ha mostrado efectos adversos y se ha potenciado la adherencia al tratamiento, así como un estilo de vida saludable.

Conclusión¹⁻³

Con este caso queremos poner de manifiesto la utilidad que puede tener Skilarence® en paciente con buen control o remisión de su artritis psoriásica y que precisen un tratamiento más especializado de su psoriasis cutánea, con un excelente perfil de seguridad. Además, queremos resaltar la utilidad del PSP, que ha realizado la escalada personalizada de dosis en esta paciente y que ha mantenido un contacto estrecho con la paciente, realizando un seguimiento telefónico, vía mail e incluso fotográfico para adecuar el tratamiento a sus necesidades e implementando hábitos de vida saludable en nuestra paciente.



FIGURA 1. Psoriasis de cuero cabelludo.



FIGURA 2. Fotografía enviada por la paciente, donde se observa la mejoría.



Bibliografía

1. Reszke R, Szepietowski JC. A safety evaluation of dimethyl fumarate in moderate-to-severe psoriasis. *Expert Opin Drug Saf.* 2020 Apr;19(4):373-380. doi:[10.1080/14740338.2020.1736553](https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1736553)
2. Blair HA. Dimethyl Fumarate: A Review in Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *Drugs.* 2018 Jan;78(1):123-130. doi:[10.1007/s40265-017-0854-6](https://doi.org/10.1007/s40265-017-0854-6)
3. Rosés Gibert P, de la Torre Gomar FJ, Saenz Aguirre A, Gimeno Castillo J, González Pérez R. Dimethyl Fumarate as Therapeutic Alternative in Moderate-to-Severe Psoriasis: Our Experience. *Psoriasis (Auckl).* 2022 Jun 29;12:177-185. doi:[10.2147/PTT.S367060](https://doi.org/10.2147/PTT.S367060)

Skilarence®: una primera línea terapéutica como paso previo al tratamiento con biológicos para la psoriasis

Pablo Hernández Bel, Andrés Grau Echevarría, Jorge Magdaleno Tapial, Amparo Pérez Ferriols

Hospital General Universitario de Valencia (Valencia).

RESUMEN

El dimetilfumarato (DMF), comercializado en España como Skilarence®, es un fármaco antiinflamatorio, antioxidante e inmunomodulador, cuyo mecanismo de acción no está completamente aclarado.

Está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que precisan de un tratamiento sistémico. Presentamos un caso clínico con una excelente respuesta terapéutica a Skilarence® tras 24 semanas de tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis, dimetilfumarato, tratamiento, eficacia y seguridad



Anamnesis

Una mujer de 43 años, con antecedentes personales de psoriasis de un año de evolución, consultó por la presencia de múltiples placas eritematodescamativas de distribución generalizada que habían empeorado rápidamente en los últimos 3 meses.

Previamente había recibido tratamiento tópico con calcipotriol y betametasona con nula respuesta terapéutica. Además, refería un prurito generalizado con gran repercusión en su calidad de vida y afectación grave en sus relaciones de pareja y baja autoestima.

La paciente presentaba unos parámetros en las escalas de gravedad de la psoriasis de PASI 8,2; BSA 8; IGA 3; DLQI 24 (**Figuras 1 y 2**).

Exploración

Previo al inicio del tratamiento sistémico se realizó un hemograma completo y una bioquímica que incluía perfil hepático y renal con transaminasas y creatinina, que mostró parámetros analíticos dentro de la normalidad.

En la anamnesis realizada, se buscó consensuar con la paciente una opción terapéutica sistémica que mejorase su calidad de vida, y buscar la mejoría por un lado del prurito generalizado que padecía y por otro lado el blanqueamiento de las lesiones cutáneas de psoriasis.

La paciente nos solicitó un tratamiento con poca toxicidad sistémica y que, en caso de existir efectos secundarios, si existía la posibilidad que ella pudiera ser capaz de autogestionar la dosis para modular y minimizar los posibles efectos adversos.

La seguridad y la capacidad de manejo terapéutico por parte de la paciente primaba sobre la rapidez de acción del fármaco, motivo por el cual definitivamente se decidió pautar dimetilfumarato.

Diagnóstico

Psoriasis en placas moderada-grave.



Tratamiento

La paciente inició tratamiento con Skilarence® con dosis crecientes de forma progresiva según la pauta habitual. Skilarence® se presenta en forma de comprimidos gastro resistentes de 30 mg y 120 mg, por lo que a partir de la cuarta semana se pasó a los comprimidos de 120 mg. A partir de la quinta semana la dosis se aumentó a razón de 120 mg a la semana. La dosis máxima diaria permitida es de 720 mg, que supone 6 comprimidos de 120 mg diarios.

La paciente presentó una buena tolerancia al tratamiento, excepto por la aparición de algún episodio diarreico y rubefacción facial autolimitada que mejoraron gradualmente y no condicionaron la suspensión del fármaco. El inicio del tratamiento a dosis bajas, el incremento gradual de la dosis y tomar el fármaco con las comidas (se le recomendó tomar los fumaratos con lácteos) ayudó a una mejor tolerabilidad gastrointestinal. Los episodios de rubefacción solían comenzar poco después de tomar los comprimidos y tardaban en resolverse pocas horas. Las guías europeas recomiendan tomar ácido acetilsalicílico para controlar la rubefacción facial.

La paciente alcanzó dosis plenas obteniendo una respuesta clínica espectacular a las 16 semanas de tratamiento. Presentó un blanqueamiento completo de las lesiones de psoriasis con parámetros en las escalas de gravedad de la psoriasis de PASI 0, BSA 0, IGA 0 y DLQI 0. (Figuras 3 y 4).

Los controles analíticos durante el tratamiento no mostraron alteraciones. En caso de detectarse linfopenia entre $0,7-1 \times 10^9/L$, la frecuencia de los controles sería mensual hasta que los valores de linfocitos superasen los $1 \times 10^9/L$ en dos analíticas seguidas, pasando entonces a la monitorización habitual trimestral.

Evolución

Respecto al manejo posológico del fármaco, a la paciente se le explico que si un aumento de dosis concreto no se toleraba se podía reducir a la última dosis tolerada. De la misma forma que si el tratamiento tenía éxito antes de que se alcanzase la dosis máxima, no sería necesario seguir aumentando la dosis.

En caso de alcanzar una mejoría clínicamente relevante de las lesiones cutáneas se podía considerar la posibilidad de reducir la dosis de DMF hasta la dosis de mantenimiento que necesitase la paciente.



Tras 6 meses desde el inicio del tratamiento, la paciente está actualmente descendiendo dosis ajustando la mínima dosis eficaz. La paciente sigue blanqueada de su enfermedad con una importante satisfacción por la buena evolución clínica que ha presentado (Figura 5).

Descenderá un comprimido al mes, y acudirá a control a los 3 meses para revisión clínica con una nueva analítica.

Discusión y conclusión^{1,2}

El objetivo último del tratamiento de la psoriasis es conseguir el blanqueamiento completo de los síntomas cutáneos, tanto a corto como a largo plazo. A la hora de seleccionar un tratamiento se deberán tener en cuenta las características de la enfermedad (gravedad, localización...), factores relacionados con el paciente y con el propio tratamiento (eficacia y seguridad).

Skilarence® ha demostrado eficacia en el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes adultos. Tras 16 semanas de tratamiento, el 37,5% de los pacientes tratados con DMF alcanzaron valores PASI 75 y el 33% un PGA de blanqueado o casi blanqueado mostrando diferencias estadísticamente significativas.

Las reacciones adversas más frecuentemente observadas son trastornos gastrointestinales, rubefacción y linfopenia. La mayoría se consideran leves y no obligan a interrumpir el tratamiento. La aparición de linfopenia grave y prolongada durante el tratamiento con DMF se ha identificado como un posible factor de riesgo para el desarrollo de leucoencefalopatía multifocal progresiva, por lo que es preciso realizar un seguimiento estrecho mediante hemogramas completos antes y durante el tratamiento.



FIGURA 1. Múltiples placas eritematodescamativas de distribución generalizada.



FIGURA 2. Múltiples placas eritematodescamativas de distribución generalizada.



FIGURA 3. A las 16 semanas de tratamiento se consiguió un blanqueamiento completo de las lesiones.

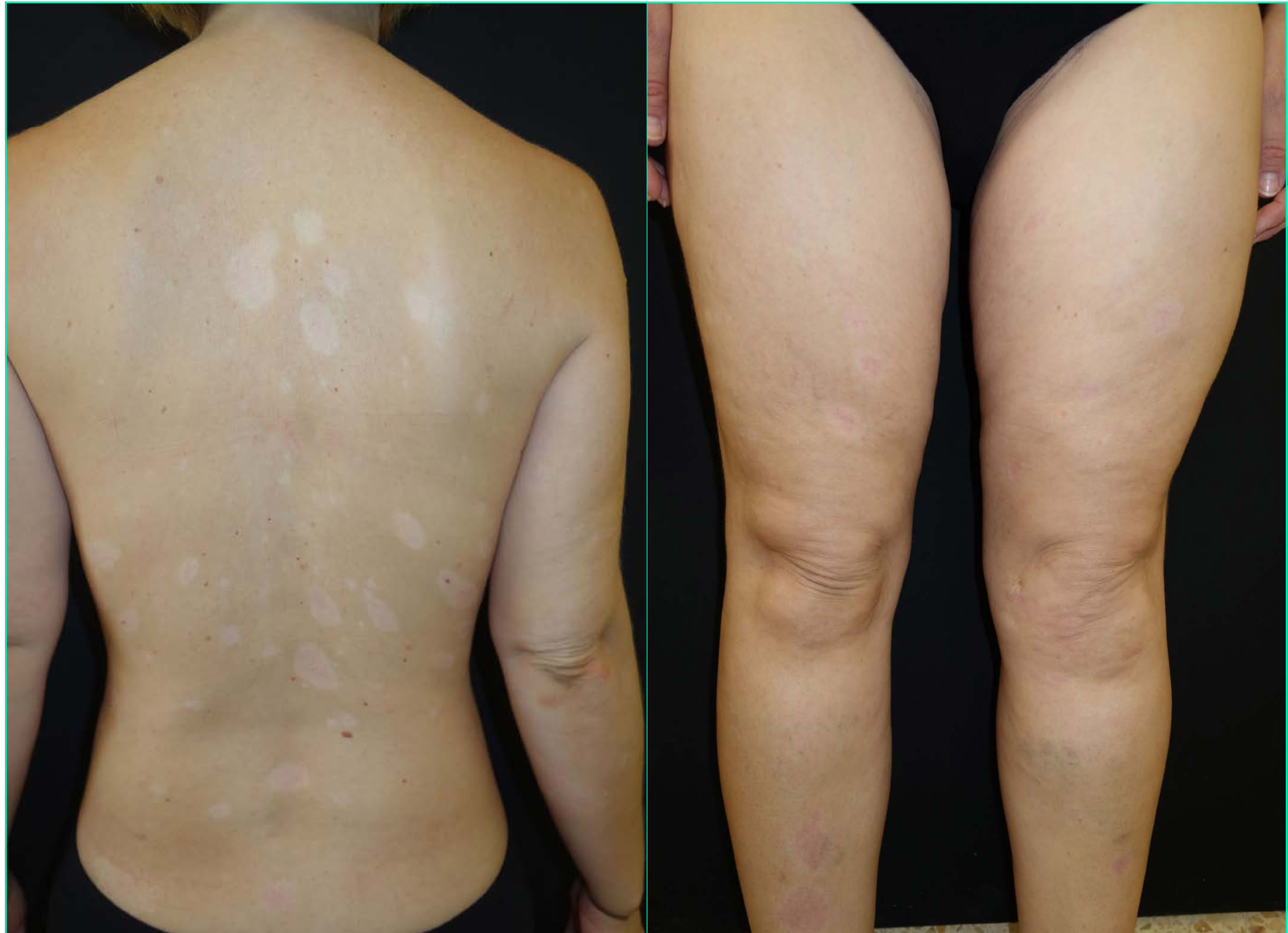


FIGURA 4. A las 16 semanas de tratamiento se consiguió un blanqueamiento completo de las lesiones..



FIGURA 5. Tras 6 meses desde el inicio del tratamiento, la paciente sigue blanqueada de su enfermedad.



Bibliografía

1. Skilarence®. Ficha Técnica. Último acceso: 23/10/2018. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171201004/FT_1171201004.html
2. Mrowietz U, Szepietowski JC, Loewe R, van de Kerkhof P, Lamarca R, Ocker WG, et al. Efficacy and safety of LAS41008 (dimethyl fumarate) in adults with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: a randomized, double-blind, Fumaderm® - and placebocontrolled trial (BRIDGE). Br J Dermatol. 2017;176(3):615-623. <https://doi.org/10.1111/bjd.14947>

Skilarence® y psoriasis: reporte de un caso

Arantxa Muñiz de Lucas, Diego de la Vega Ruiz, Marta Menéndez Sánchez, Giulia Greta Dradi, Diana Ruiz Genao

Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 75 años sin antecedentes personales de interés y psoriasis vulgar desde hace 45 años. Realizados múltiples tratamientos con escasa respuesta o mala tolerancia (metotrexato, fototerapia, acitretina). Inició tratamiento con skilarence en 2019 con buena respuesta y tolerancia, sólo leve linfopenia resuelta y un episodio de rubefacción.

Skilarence® es una excelente opción terapéutica en la psoriasis. Sus efectos secundarios son generalmente leves y dosis-dependiente, siendo una muy buena alternativa terapéutica en aquellos pacientes con comorbilidades.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis, dimetilfumarato; skilarence



Anamnesis

Varón de 75 años sin antecedentes personales de interés y psoriasis vulgar desde hace 45 años. Realizados múltiples tratamientos con escasa respuesta o mala tolerancia (metotrexato, fototerapia, acitretina). Actualmente sin tratamiento sistémico.

Exploración

A la exploración, presenta placas eritematodescamativas generalizadas ubicadas principalmente en codos y piernas. PASI 6,2, BSA 4%, IGA 2.

Diagnóstico

Psoriasis vulgar.

Tratamiento

Se inicia tratamiento con Skilarence® 30 mg por la noche en pauta descendente en 2019.

Evolución

Tras dos meses de tratamiento, el paciente había mejorado sin presentar efectos secundarios, presentando un PASI de 2,6 y BSA 3%.

Dos meses más tarde las lesiones habían desaparecido prácticamente por completo, quedando sólo lesiones residuales en codos con un PASI <1 y BSA del 1%.

El paciente ha realizado desde entonces ciclos de tratamiento, permaneciendo casi sin lesiones cutáneas y sin efectos adversos, salvo linfopenia transitoria hace 3 años, que se resolvió al suspender temporalmente el fármaco y un episodio de rubefacción hace unos 2 años. El paciente se encontró realmente satisfecho con el tratamiento. Actualmente está sin tratamiento activo debido a la ausencia de lesiones cutáneas.



Conclusión¹⁻⁴

Psoriasis tratada con dimetilfumarato con excelente respuesta y sin efectos adversos relevantes tras más de 3 años de tratamiento. Un caso en el que es posible suspender el tratamiento y reintroducirlo sin perder eficacia.



Bibliografía

1. Reszke R, Szepietowski JC. A safety evaluation of dimethyl fumarate in moderate-to-severe psoriasis. *Expert Opin Drug Saf.* 2020 Apr;19(4):373-380. doi:10.1080/14740338.2020.1736553
2. Blair HA. Dimethyl Fumarate: A Review in Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *Drugs.* 2018 Jan;78(1):123-130. doi:10.1007/s40265-017-0854-6
3. Campione E, Mazzilli S, Di Prete M, Dattola A, Cosio T, Lettieri Barbato D, et al. The Role of Glutathione-S Transferase in Psoriasis and Associated Comorbidities and the Effect of Dimethyl Fumarate in This Pathway. *Front Med (Lausanne).* 2022 8;9:760852. doi:10.3389/fmed.2022.760852
4. Rosés Gibert P, de la Torre Gomar FJ, Saenz Aguirre A, Gimeno Castillo J, González Pérez R. Dimethyl Fumarate as Therapeutic Alternative in Moderate-to-Severe Psoriasis: Our Experience. *Psoriasis (Auckl).* 2022 Jun 29;12:177-185. doi: 10.2147/PTT.S367060. (BRIDGE). *Br J Dermatol.* 2017;176(3):615-623. doi:10.2147/PTT.S367060

Eficacia de Skilarence® a bajas dosis en psoriasis en gota persistente

Virginia Linares López, Juan Manuel Morón Ocaña, María Belén Cívico Ruiz, Ángela Navarro Gilabert, Amalia Pérez Gil, Jerónimo Escudero Ordóñez

Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

RESUMEN

Psoriasis en gota que se acompañaba de dermatitis irritativa palmar, sin tolerancia a otros tratamientos sistémicos, que ha conseguido un aclaramiento casi total de ambas afectaciones con una dosis de dimetilfumarato (Skilarence®) de 30 mg diarios.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis en gota, dermatitis irritativa, dimetilfumarato, Skilarence®



Anamnesis

Paciente mujer de 47 años, limpiadora de profesión, que padece psoriasis desde los 35 años. Antecedentes familiares: padre e hija con psoriasis. Antecedentes personales: alergia azitromicina. Realizó tratamiento con metotrexato sin tolerancia y movilización de transaminasas, ciclosporina sin tolerancia y fototerapia con empeoramiento de su psoriasis.

Exploración

PASI 10, DLQI 12. Placas eritematodescamativas en gotas de 2-3 mm ocupando el 30-40% de miembros y tronco (**Figuras 1 y 2**). En ambas palmas y dorsos presentaba eritema y descamación bien delimitadas (**Figuras 3 y 4**).

Diagnóstico

Psoriasis en gota. Dermatitis irritativa palmar.

Tratamiento

Se inició tratamiento con dimetilfumarato (Skilarence®), con escalada progresiva de 30 mg cada semana hasta una dosis de 90 mg diarios. La paciente comentó haber padecido episodios de *flushing* autolimitados al principio del tratamiento con buena tolerancia. Mantuvo la dosis de 90 mg diarios durante 2 meses, con lo que se comenzaron a aclarar sus lesiones de psoriasis y dermatitis palmar.

En su primera analítica de control se encontró una leve linfopenia, por lo que se decidió bajada de dosis hasta 30 mg diarios y repetir la analítica. En las analíticas sucesivas de control, con una dosis 30 mg diarios, la paciente mantuvo las cifras de linfocitos en rango de normalidad y ha estado controlada de ambas afectaciones después de 5 meses.



Evolución

PASI 2. Mínimas placas de 2-3 mm rosadas residuales y máculas hipopigmentadas residuales. Algunas placas eritematodescamativas de 2-3 mm dispersas que afectan a menos del 10% de la superficie corporal total (**Figuras 5 y 6**). Leve descamación que afecta a menos del 10% de ambas palmas y dorsos (**Figuras 7 y 8**).

Conclusión¹⁻³

Aportamos un caso de psoriasis en gota persistente acompañado de una dermatitis irritativa palmar como comorbilidad dermatológica, que ha tenido una buena respuesta al tratamiento con dosis inferiores a las indicadas de dimetilfumarato (Skilarence®). Nuestra paciente, además de tener una buena respuesta para psoriasis, le aportó beneficios en su dermatitis palmar. Por esta razón debemos investigar otras posibles indicaciones de este fármaco, así como la posibilidad de mantener una dosis baja durante largo tiempo para el control de la psoriasis moderada en determinados pacientes.

Se conocen los posibles efectos secundarios gastrointestinales y disminución del recuento de linfocitos en relación con este fármaco, por lo que es preciso realizar controles analíticos. En nuestro caso, la paciente presentó una ligera linfopenia que, al bajar la dosis, se recuperó y pudo continuar con el tratamiento con buen control de su psoriasis.

En conclusión, nos encontramos con un fármaco efectivo y seguro con buena tolerancia por parte de los pacientes con psoriasis. Este fármaco nos permite jugar con la dosis con facilidad, lo que le aporta la ventaja de realizar una escala progresiva para una mejor tolerancia del fármaco y una bajada de dosis al alcanzar el aclaramiento del paciente, de esta forma, conseguir la dosis mínima que pueda mantener el control de su psoriasis. Todo esto da la posibilidad de mantener a largo plazo este fármaco, incluso a dosis bajas, como es nuestro caso.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas en gotas de 2-3 mm ocupando 30- 40% de miembros y tronco.



FIGURA 2. Placas eritematodescamativas en gotas de 2-3 mm ocupando 30-40% de miembros.



FIGURA 3. Eritema y descamación bien delimitadas en palmas.



FIGURA 4. Eritema y descamación bien delimitadas en dorso de ambas manos.



FIGURA 5. Algunas placas eritematodescamativas de 2-3 mm dispersas que afecta a menos del 10% de superficie corporal total.



FIGURA 6. Algunas placas eritematodescamativas de 2-3 mm dispersas que afecta a menos del 10% de superficie corporal total.

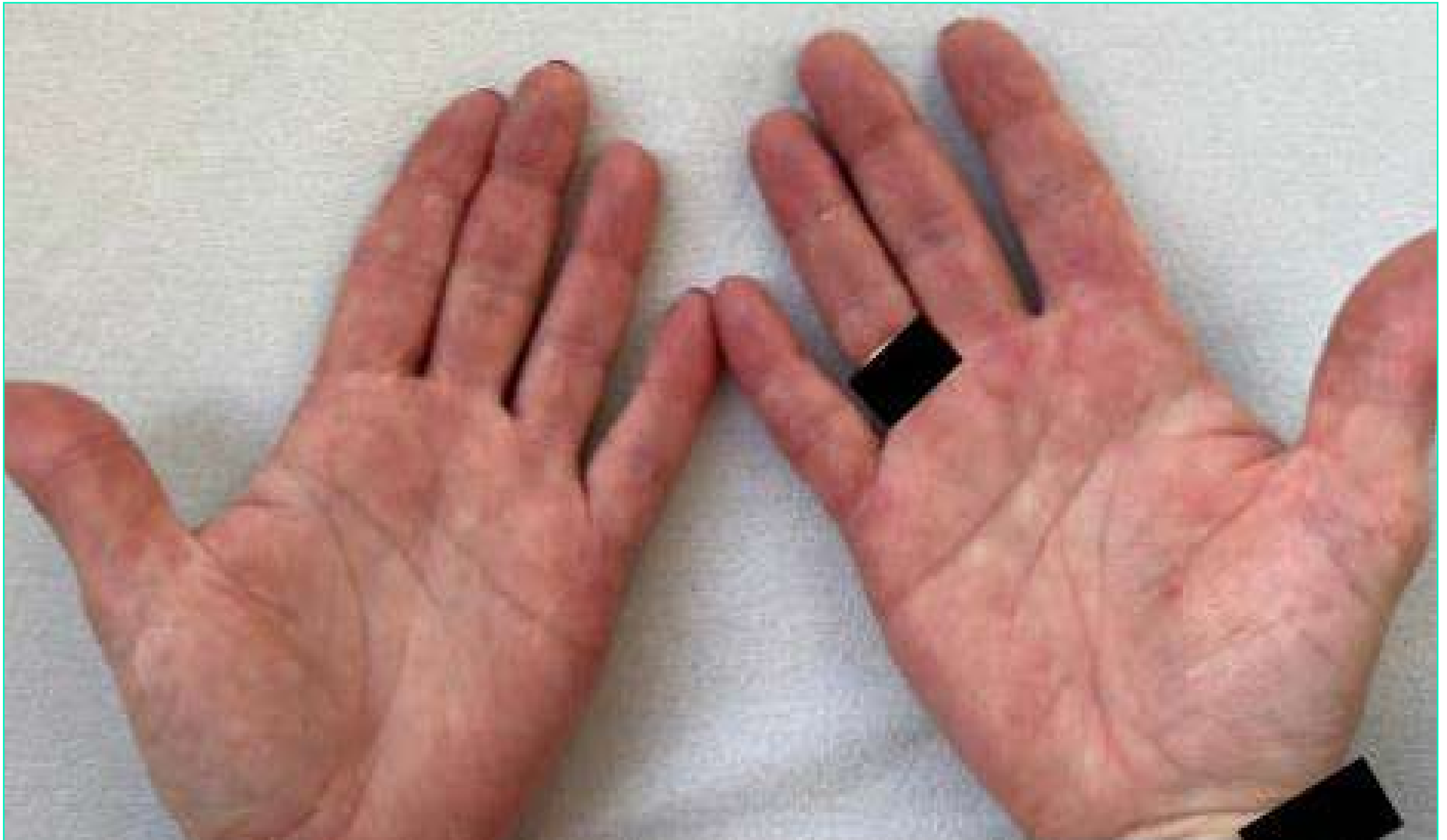


FIGURA 7. Leve descamación que afecta a menos del 10% de ambas palmas.



FIGURA 8. Leve descamación que afecta a menos del 10% de ambas dorsos.



Bibliografía

1. Pellacani G, Bigi L, Parodi A, Burlando M, Lanna C, Campione E, Rongioletti F, Mugheddu C, Malara G, Moretti G, Stingeni L, Hansel K, Micali G, Naldi L, Pirro F, Peris K. Efficacy and Safety of Dimethyl Fumarate in Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: DIMESKIN-2, a Multicentre Single-Arm Phase IIIb Study. *J Clin Med*. 2022 Aug;11(16):4778. doi:[10.3390/jcm11164778](https://doi.org/10.3390/jcm11164778)
2. Augustin M, Landeck L, Diemert S, Asadullah K, Hammann U, Ertner K, Hadshiew I. Tratamiento a largo plazo con dimetil fumarato para la psoriasis en placas en la práctica rutina: buena eficacia general y efecto positivo en las áreas impactantes. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 May;12(5):1121-1131. doi:[10.1007/s13555-022-00714-0](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00714-0)
3. Blair HA. Dimethyl Fumare: A Review in Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *Drugs*. 2018;78(1):123-30. doi:[10.1007/s40265-017-0854-6](https://doi.org/10.1007/s40265-017-0854-6)

Uso de Skilarence® en pacientes con psoriasis moderada-severa y factores de riesgo cardiovascular

José Antonio Llamas Carmona, Ana Serrano Ordoñez, Irene López Riquelme, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Eduardo López Vera

Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga).

RESUMEN

Mujer de 44 años diagnosticada de psoriasis en placas moderada-severa, de unos 10 años de evolución con múltiples factores de riesgo cardiovascular (obesidad, hiperlipemia y hipertransaminasemia). Descartando el uso de fármacos sistémicos convencionales y como paso previo al tratamiento biológico se inició tratamiento con Skilarence® con muy buena respuesta y adherencia, sin apenas efectos secundarios. De un PASI inicial de 13.8, BSA 37 y DLQI 5 tras 3 meses de tratamiento, alcanzando dosis de 120 mg-0-120 mg diarios los valores de PASI, BSA y DLQI fueron 0. De esta forma, consideramos que los fumaratos como Skilarence® representan una alternativa terapéutica en el tratamiento de psoriasis moderada-severa con comorbilidades asociadas ya que carece de interacciones con otros fármacos, no requiere ajustes ni controles adicionales y además presenta un efecto beneficioso sobre el metabolismo del colesterol y el riesgo cardiovascular.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; síndrome metabólico; dimetilfumarato



Anamnesis

Mujer de 44 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No refería antecedentes personales de interés. Obesidad grado II. Fumadora de 4 cigarros/día. No consumidora de alcohol de forma habitual. Presenta psoriasis en placas diagnosticada a los 34 años (10 años de evolución) en tratamiento con corticoides tópicos, análogos de la vitamina D tópicos e inhibidores de la calcineurina tópicos sin buen control de su enfermedad. No asocia artritis psoriásica.

Exploración

Se aprecian múltiples placas eritematodescamativas de gran tamaño, bien delimitadas, ligeramente pruriginosas, distribuidas extensamente ocupando la región dorsolumbar-sacra en espalda, codos, así como en glúteos, abdomen, ombligo y pubis (**Figura 1A-C**). Mínima afectación en cuero cabelludo. No presenta lesiones a nivel palmoplantar ni ungueal.

Diagnóstico

De acuerdo con la historia clínica y con los hallazgos de la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis en placas moderada-severa.

Se realizó el Índice de la severidad del área de Psoriasis (PASI) dando un resultado de 13,8.

El cálculo de la superficie corporal afectada (BSA) fue de 37 y el índice de calidad de vida (DLQI) fue de 5.

Se solicitó una analítica sanguínea en la que destacaban niveles elevados de colesterol (287 mg/dl), triglicéridos (218 mg/dL) así como una hipertransaminasemia (AST: 52 U/L; ALT:78 U/L). FIB-4: 1,15. Hemograma y resto de bioquímica normal, incluyendo serologías para VIH, VHB y VHC así como Mantoux.



Tratamiento

Dado los valores de PASI, BSA y DLQI, así como la refractariedad al tratamiento tópico y las alteraciones encontradas en la analítica sanguínea se instauró tratamiento con dimetilfumarato (Skilarence®). Se explicó el mecanismo de acción, así como la posología del fármaco, haciendo hincapié en el aumento paulatino de dosis semanal hasta lograr mejoría relevante de las lesiones cutáneas. Se insistió en la necesidad de tomar la medicación después de las comidas con suficiente líquido y si es posible con un derivado lácteo no desnatado o rico en grasas cardiosaludables.

A su vez, se explicaron los posibles efectos secundarios, así como el manejo de estos. Se inscribió en el programa de atención telefónica al paciente tratado con Skilarence®, por el que la enfermera encargada, Isabel, se puso en contacto con él para resolver dudas, dar consejos y recomendaciones higienicodietéticas, así como para monitorizar la subida de dosis, establecer la dosis de mantenimiento y control de los efectos secundarios.

Evolución

Tras dos meses de tratamiento, habiendo alcanzado la dosis diaria de 120 mg-120 mg-120 mg el paciente experimentó una mejoría bastante significativa. Las lesiones de espalda y tronco habían reducido de tamaño y número (**Figura 2A**), y las de miembros, así como la región del abdomen y pubis (**Figura 2B**) habían desaparecido casi por completo.

El paciente refirió que, a las 7 semanas de empezar el tratamiento, alcanzando una dosis de 120 mg-120 mg-240 mg, sufrió ciertas molestias gástricas en forma de náuseas y dolor abdominal, por lo que contactó con la enfermera del programa de asistencia, la cual le recomendó reducir dosis a previa (120 mg-120 mg-120 mg) y metoclopramida, con lo que se resolvió en cuestión de 3 días y no se han repetido de nuevo. Niega otros efectos secundarios. Los datos de PASI fueron de 4,5, BSA 17 y DLQI 2. En analítica no se observaron alteraciones en el número de linfocitos, leucocitos ni en el resto de hemograma. La función renal y hepática se mantuvo sin cambios respecto a previas. En la segunda visita, tras 3 meses y medio de tratamiento y manteniendo dosis de 120 mg-120 mg-120 mg diaria las lesiones continuaron mejorando hasta conseguirse un aclaramiento completo. Los valores tanto de PASI, BSA, así como DLQI fueron 0. El paciente negaba efectos secundarios y mostraba un alto grado de satisfacción con el fármaco.



Gracias al programa de atención al paciente había conseguido incluso abandonar por completo el hábito tabáquico, había comenzado a realizar ejercicio físico, así como una dieta saludable con lo que estaba consiguiendo bajar de peso. Refería encontrarse mejor desde el punto de vista anímico. En la analítica se evidenciaron dichos cambios, los niveles de colesterol y de triglicéridos habían disminuido de forma considerable (200 mg/dl y 178 mg/dl, respectivamente), así como el de transaminasas (AST: 44 U/L; ALT 60 U/L).

Actualmente se encuentra en el mes 6 de tratamiento, permanece sin lesiones cutáneas, con una dosis de 120 mg cada 12 horas, sin efectos secundarios reseñables y sin alteraciones analíticas.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica en cuya etiopatogenia interviene una marcada predisposición genética combinada con factores desencadenantes ambientales como traumatismos, infecciones o medicamentos, entre otros¹.

Clínicamente, la lesión característica es una placa eritematosa bien delimitada con escamas grisáceas en superficie. Su distribución puede ser localizada o generalizada siendo las zonas predilectas el cuero cabelludo, los codos, las rodillas y la región presacra, así como las manos y los pies^{1,2}.

A nivel histológico aparece una hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis de la epidermis, vasos tortuosos y dilatados junto con un infiltrado predominantemente linfocitario. En los últimos años se ha reconocido que la psoriasis es mucho más que una enfermedad limitada a la piel, su asociación con múltiples comorbilidades determinar una significativa reducción de la calidad de vida de los pacientes, con repercusiones en el ámbito físico, emocional, sexual y laboral-económico. Así, se ha demostrado que el riesgo relativo de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica y síndrome metabólico es más alto en pacientes con psoriasis moderada grave con respecto a población sana. Dicha asociación parece tener un nexo en común, la inflamación. Múltiples citoquinas como el TNF-alfa y algunas moléculas de adhesión están incrementadas en las pieles con psoriasis, así como en las placas de arterioesclerosis^{3,4}.



En la psoriasis, el TNF-alfa junto con otras citoquinas del eje IL23/Th17 inducen una respuesta proinflamatoria y proliferativa de linfocitos T que desencadenan, por un lado, una hiperproliferación de queratinocitos en la epidermis, así como la inducción de múltiples moléculas de adhesión como el ICAM-1, VCAM-1, P-selectina y E-selectina en las células endoteliales, queratinocitos y fibroblastos. Todo ello dará lugar finalmente a una pérdida de la integridad vascular con activación endotelial y finalmente, arterioesclerosis³. De hecho, se ha demostrado que el tratamiento sistémico de la psoriasis y la mejora en los marcadores inflamatorios tiene un efecto cardioprotector en dichos pacientes, reduciendo el riesgo cardiovascular⁴.

Existen diversos tratamientos sistémicos aprobados para su uso en la psoriasis moderada/grave: fototerapia, ciclosporina, metotrexato, acitretino, así como los agentes biológicos, entre otros. Dichos tratamientos pueden ser empleados solos, en combinación con tratamientos tópicos o combinados entre sí. La decisión terapéutica debe ser individualizada de acuerdo con las características individuales del paciente, así como del curso y momento evolutivo de la enfermedad en cada caso. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el uso de los tratamientos sistémicos convencionales (ciclosporina, metotrexato y acitretino) deben ser usado con precaución en pacientes con síndrome metabólico ya que podrían tener un impacto negativo en los mismos, especialmente con su uso crónico⁵. Así, en dichas situaciones, tal y como ocurre con nuestro paciente, los fumaratos como Skilarence® podrían representar una buena opción terapéutica. De hecho, se ha demostrado que los fumaratos pueden tener un efecto beneficioso en el riesgo cardiovascular, así como en el metabolismo del colesterol y no requieren ni ajustes ni controles adicionales en pacientes con diabetes, obesidad, dislipemia o hipertensión arterial⁴.

Además, Skilarence® no tiene interacciones conocidas con otros fármacos y su eficacia clínica y perfil de seguridad a largo plazo han sido descritos².

En conclusión, los fumaratos como Skilarence® representan una alternativa terapéutica en el tratamiento de psoriasis moderada-severa con comorbilidades asociadas ya que carece de interacciones con otros fármacos, no requiere ajustes ni controles adicionales y además presenta un efecto beneficioso sobre el metabolismo del colesterol y el riesgo cardiovascular.



FIGURA 1. Múltiples placas eritematodescamativas de gran tamaño, ocupando la región dorsolumbar-sacra en espalda, codos (A), glúteos (B), abdomen, ombligo y pubis (C).



FIGURA 2. Mejoría significativa tras dos meses de tratamiento. Las lesiones de tronco y espalda habían reducido de tamaño y número (A), y las de la región del abdomen y pubis habían desaparecido casi por completo (B).



Bibliografía

1. Llamas-Velasco M, de la Cueva P, Notario J, Martínez-Pilar L, Martorell A, Moreno-Ramírez D. Moderate Psoriasis: A Proposed Definition. Psoriasis moderada. Propuesta de definición. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(10):911-917. [doi:10.1016/j.ad.2017.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.07.002)
2. Mrowietz U, Barker J, Boehncke WH, et al. Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32 Suppl 3:3-14. [doi:10.1111/jdv.15218](https://doi.org/10.1111/jdv.15218)
3. Boehncke S, Salgo R, Garbaraviciene J, et al. Effective continuous systemic therapy of severe plaque-type psoriasis is accompanied by amelioration of biomarkers of cardiovascular risk: results of a prospective longitudinal observational study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25(10):1187-1193. [doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03947.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03947.x)
4. Holzer G, Hoke M, Sabeti-Sandor S, et al. Disparate effects of adalimumab and fumaric acid esters on cardiovascular risk factors in psoriasis patients: results from a prospective, randomized, observer-blinded head-to-head trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;10.1111/jdv.16635. [doi:10.1111/jdv.16635](https://doi.org/10.1111/jdv.16635)
5. Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, Girolomoni G, Targher G. Psoriasis and the metabolic syndrome. Clin Dermatol. 2018;36(1):21-28. [doi:10.1016/j.clindermatol.2017.09.005](https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.005)

Asesoría telefónica por enfermería especializada como intervención eficaz en el seguimiento del tratamiento con dimetilfumarato

Francisco José Rodríguez Cuadrado, Mercedes Hospital Gil, Juan Luis Castaño Fernández

Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Mujer de 38 años con psoriasis en placas desde hace más de 15 años, hasta ese momento solo tratada con terapia tópica, que acude al servicio de Urgencias por brote de psoriasis plantar con grietas y ulceraciones, con importante afectación de la calidad de vida al condicionar el normal desarrollo de su vida diaria.

La paciente inicia dimetilfumarato según ficha técnica. La respuesta clínica es buena, pero al mes del tratamiento comienza con dispepsia. El contacto con el servicio telefónico de enfermería especializada permite un seguimiento y acompañamiento de la paciente en cuanto a modificación posológica en los meses siguientes para lograr una adecuada adherencia. Pese a la satisfacción con dicha atención, finalmente la paciente suspende el tratamiento por persistencia de las molestias digestivas. No obstante, desde entonces la paciente se mantiene sin nuevo brote y solo con el tratamiento tópico que venía realizando anteriormente.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; fumarato; dimetilfumarato; enfermería; asesoramiento telefónico



Anamnesis

Mujer de 38 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, acude al servicio de urgencias por importante dolor en ambas plantas de los pies, que dificulta la deambulaci3n. Había sido diagnosticada de psoriasis en placas hace más de 15 años, y hasta el momento solo había realizado tratamiento t3pico con corticoides (propionato de clobetasol) y combinaci3n de corticoide + derivado de vitamina D (dipropionato de betametasona + calcipotriol). En el centro en el cual había tenido el seguimiento hasta entonces, se había descartado la existencia de artropatía psoriásica, y en la anamnesis dirigida no presentaba sntomas (*Psoriatic Arthritis Uncluttered Screening Evaluation* – PURE4 0). La paciente presenta un brote de psoriasis plantar, junto con lesiones a otros niveles (Figura 1).

Exploraci3n

En la exploraci3n ffsica, se evidencian placas eritematoescamosas bilaterales en codos y rodillas, así como placas escamosas gruesas con algunas grietas y ulceraciones incipientes en talones y mitad externa de ambas plantas de los pies.

Diagn3stico

Psoriasis en placas con afectaci3n de localizaciones especiales (plantas de los pies). Pese a la relativamente escasa extensi3n de la afectaci3n (*Psoriasis Area and Severity Index* - PASI 4, *Body Surface Area* - BSA 5), el dolor al caminar condicionaba de manera importante su calidad de vida (*Dermatology Life Quality Index* - DLQI 9).

Tratamiento

El 13 de julio de 2022, la paciente inicia dimetilfumarato segun la siguiente pauta para aumentar la tolerabilidad: 30 mg al día la primera semana, 30 mg cada 12 horas la segunda semana, 30 mg cada 8 horas la tercera semana y, posteriormente, 120 mg al día hasta la revisi3n. Se programa dicha revisi3n, que finalmente es citada 4 meses después.



Evolución

Tras el primer mes de tratamiento, la paciente se pone en contacto con el servicio de atención telefónica especializada facilitado durante su primera visita para pacientes en tratamiento con dimetil fumarato. El motivo de su consulta es la aparición de molestias digestivas, principalmente dispepsia, acontecida en las últimas semanas. Dado que la siguiente cita médica era relativamente lejana en el tiempo, a través del profesional de enfermería recomendó a la paciente la toma del fármaco junto con la comida más copiosa del día.

No obstante, la paciente persistió con molestias un mes después del cambio (finalizada la semana 8). La respuesta clínica hasta el momento había sido adecuada, logrando un aclaramiento casi completo tanto a nivel de plantas de los pies como en las otras localizaciones afectas. Nuevamente, el servicio de atención telefónica recomendó disminuir la dosis a la pauta de 30 mg cada 12 horas.

En la revisión de noviembre de 2022, la paciente comenta haber suspendido el fármaco por iniciativa propia por persistir la intolerancia digestiva pese a las modificaciones posológicas. Sin embargo, refiere haberse sentido gratamente tratada, atendida y acompañada en su proceso gracias al servicio especializado de enfermería a distancia del programa. Asimismo, muestra un buen grado de satisfacción con la respuesta clínica alcanzada (**Figura 2**). En el momento actual, se mantiene exclusivamente con el tratamiento tópico habitual, sin haber precisado un nuevo tratamiento sistémico desde el inicio de dimetil fumarato.

Conclusión

Los fumaratos cuentan con una larga historia en el tratamiento de la psoriasis, pues su uso fue descrito hace más de 60 años. Por sus efectos pleiotrópicos, así como por la dilatada experiencia de uso, siguen actualmente constituyendo una de las primeras líneas de tratamiento tanto en enfermedades inflamatorias como en otras entidades¹.

En un reciente ensayo clínico fase IV se ha certificado su efectividad, arrojando unas cifras de reducción de PASI 75 del 46% tanto en semana 24 como en semana 52, e incluso un 10,9% lograron una reducción de PASI 100 (aclaramiento completo). Los efectos adversos más frecuentes fueron las alteraciones gastrointestinales, que ocurrieron en la mitad de los pacientes².



Los estudios en práctica clínica real evidencian cómo la educación del paciente, previa al inicio del tratamiento, así como la aportación de una información clara en cuanto a la respuesta esperada y al perfil de efectos adversos esperables, mejora la tolerancia y reduce la frecuencia de solicitud de asistencia clínica³. Asimismo, la asistencia complementaria por parte de profesionales de enfermería especializados en el ámbito de la dermatología logra unos mejores resultados clínicos objetivables y una mejor adherencia terapéutica en pacientes con psoriasis respecto a aquellos que solo perciben asistencia médica⁴.

Por ello, parece relevante establecer una vía de comunicación adicional entre el paciente y los profesionales que le corresponden, médicos y enfermeros. Esto contribuye a un mejor conocimiento del tratamiento que están recibiendo, a afrontar los posibles efectos indeseados y a crear una sensación de seguridad y de continuidad asistencial que muchas veces no puede garantizarse con toda la periodicidad que se deseara debido a problemas logísticos o del sistema sanitario.



FIGURA 1. Placas eritematoescamosas bilaterales en rodillas, así como placas escamosas gruesas con algunas grietas y ulceraciones incipientes en talones y mitad externa de ambas plantas de los pies.



FIGURA 2. En la revisión de noviembre de 2022 se observa respuesta clínica satisfactoria.



Bibliografía

1. Matteo P, Federico D, Emanuela M, Giulia R, Tommaso B, Alfredo G, et al. New and Old Horizons for an Ancient Drug: Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and Clinical Perspectives of Dimethyl Fumarate. *Pharmaceutics*. 2022 Dec 6;14(12):2732. doi:[10.3390/pharmaceutics14122732](https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14122732)
2. Daudén E, de la Cueva P, Salgado-Boquete L, Llamas-Velasco M, Fonseca E, Pau-Charles I, et al; DIMESKIN 1 Study investigators. Efficacy and Safety of Dimethyl Fumarate in Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: Results from a 52-Week Open-Label Phase IV Clinical Trial (DIMESKIN 1). *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023 Jan;13(1):329-345. doi:[10.1007/s13555-022-00863-2](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00863-2)
3. Rodríguez-Regal A, Ramos-Rúa L, Anibarro-García L, Lopez Real AM, Amigo-Jorrín MDC. Effectiveness of Dimethyl Fumarate in Real-World Clinical Practice and Strategy to Minimize Adverse Effects and Use of Healthcare Resources. *Patient Prefer Adherence*. 2021 Jan 29;15:149-158. doi:[10.2147/PPA.S284425](https://doi.org/10.2147/PPA.S284425)
4. Svendsen MT, Feldman SR, Mejldal A, Möller S, Kongstad LP, Andersen KE. Regular support provided by dermatological nurses improves outcomes in patients with psoriasis treated with topical drugs: a randomized controlled trial. *Clin Exp Dermatol*. 2022 Dec;47(12):2208-2221. doi:[10.1111/ced.15370](https://doi.org/10.1111/ced.15370)

Empoderamiento en época de biológicos

Gabriel Marrero Alemán

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).

RESUMEN

La psoriasis es una entidad crónica que precisa de herramientas terapéuticas para un control adecuado a largo plazo. Los fumaratos son fármacos administrados de forma oral para el tratamiento de psoriasis y esclerosis múltiple, empleándose desde el año 1994 en Alemania para psoriasis moderada-grave. Concretamente, el dimetilfumarato se mostró igual de eficaz que su combinación con calcio, zinc y sales de magnesio de monoetilfumarato^{1,2}, con un perfil de seguridad adecuado a pesar de sus frecuentes efectos adversos³, aprobándose en otros países europeos en pacientes seleccionados con psoriasis moderada-grave⁴, y mostrándose como una alternativa eficaz y segura en pacientes adultos⁵. En la época actual, el papel del médico ha pasado de tener un papel autoritario a implicar al paciente en el manejo de su propia patología, empoderándolo y capacitándolo en la toma de decisiones. Presentamos el caso de un paciente, originario de Cuba con viajes frecuentes y limitadas opciones terapéuticas en su país, que se benefició de tratamiento con dimetilfumarato con muy buen control de su enfermedad tras 4 años de seguimiento.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; dimetilfumarato; empoderamiento; tratamiento a largo plazo



Anamnesis

Varón de 49 años, originario de Cuba y sin antecedentes personales de interés salvo psoriasis de 10 años de evolución. Acude a nuestra consulta por primera vez en febrero de 2019 por falta de control de su psoriasis a pesar de tratamientos tópicos y metotrexato pautado en su país de origen durante unos meses. No refería artropatía en el momento actual.

Exploración

El paciente presentaba placas eritematosas intensas, moderadamente infiltradas y levemente descamativas en tronco y extremidades, con un PASI absoluto de 13 (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis vulgar en placas grave.

Tratamiento

En este momento y, dadas las características del paciente, se decidió comenzar tratamiento con dimetilfumarato en dosis ascendente según ficha técnica hasta conseguir la dosis mínima eficaz. Presentó episodios de *flushing* con cada toma, bien tolerados por el paciente. Al alcanzar la dosis de 1 comprimido de 120 mg cada 8 horas manifestó dolores abdominales leves que controló adecuadamente con buscapina. El paciente consiguió un adecuado control de su psoriasis con una dosis máxima de 480 mg al día repartidos en 3 tomas, alcanzando un PASI absoluto de 1 a los 7 meses de tratamiento, mostrando solamente eritema en zonas previamente afectas (**Figura 2**).

Evolución¹⁻⁵

El mantenimiento en los meses posteriores lo realizó con una dosis de entre 240 y 360 mg/día con un PASI alrededor de 1 (**Figura 3**). Durante el seguimiento, el paciente presentó un episodio de dactilitis en dedos de pies y una sinovitis en metacarpofalángicas, valorados por el servicio de Reumatología y con una excelente respuesta a AINE, sin precisar cambio de tratamiento. Tras la pandemia de SARS-CoV-2, el paciente se perdió en el seguimiento durante 10 meses por encontrarse en su país, donde estuvo administrando el dimetilfumarato con dosis mínimas para mantenerse parcialmente controlado y regresar con un PASI absoluto de 0 y una dosis de mantenimiento de 120 mg cada 12 horas. Posteriormente presentó algún brote que controló con escalada de dosis y un episodio puntual de linfopenia ($0,94 \times 10^9/l$) que precisó ajuste de dosis con recuperación de las cifras normales en la siguiente visita, manteniendo un buen control de su psoriasis.

Conclusión

Presentamos el caso de un paciente con unas características concretas que se beneficia del empoderamiento que le ofrece el tratamiento con dimetilfumarato, con muy buen control de su psoriasis.



FIGURA 1. Placas eritematosas intensas, moderadamente infiltradas y levemente descamativas en tronco y extremidades.



FIGURA 2. A los 7 meses de tratamiento, solamente se muestra eritema en zonas previamente afectas.

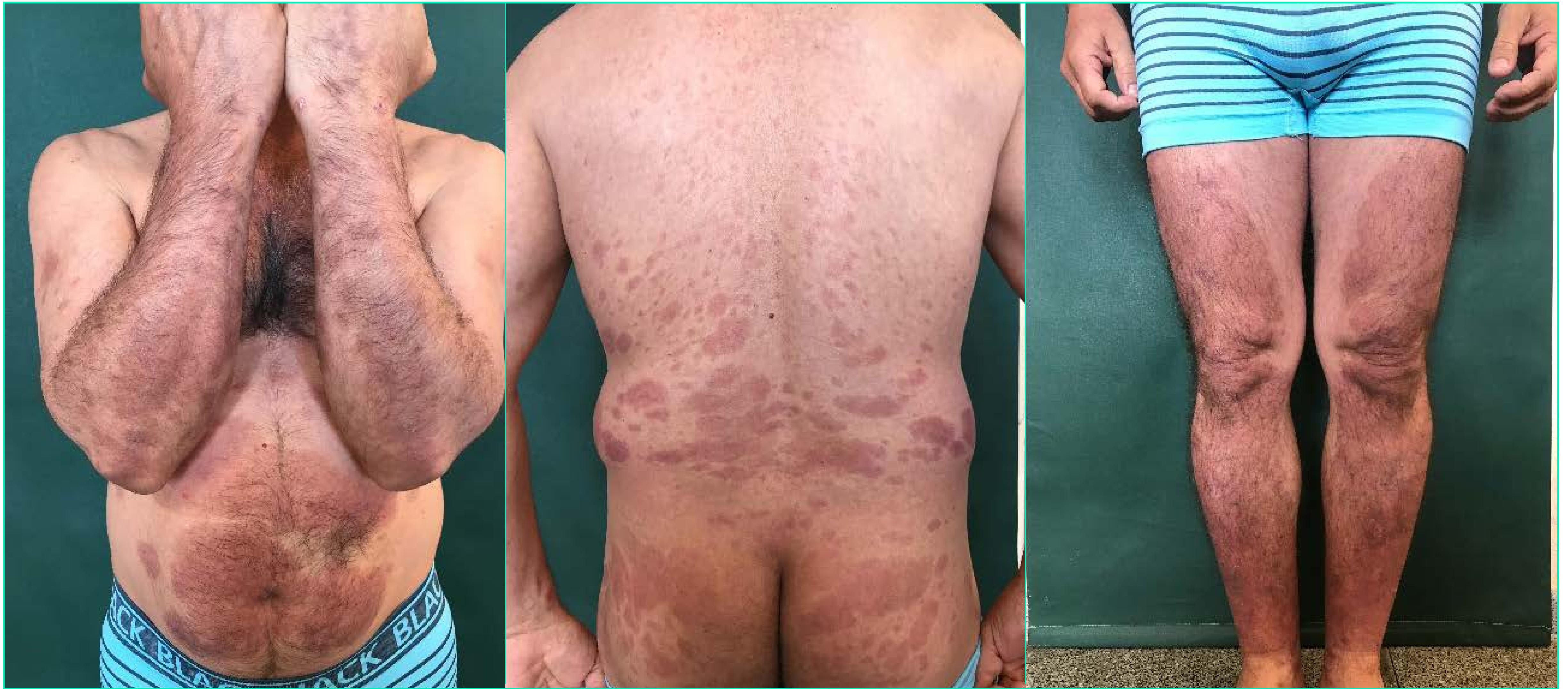


FIGURA 3. Mantenimiento en los meses posteriores con una dosis de entre 240 y 360 mg/día.



Bibliografía

1. Landeck L, Asadullah K, Amasuno A, Pau-Charles I, Mrowietz U. Dimethyl fumarate (DMF) vs. monoethyl fumarate (MEF) salts for the treatment of plaque psoriasis: a review of clinical data. *Arch Dermatol Res.* 2018;310:475-83. doi:[10.1007/s00403-018-1825-9](https://doi.org/10.1007/s00403-018-1825-9)
2. Atwan A, Ingram JR, Abbott R, Kelson MJ, Pickles T, Bauer A, Pigué V. Oral fumaric acid esters for psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:CD010497. doi:[10.1002/14651858.CD010497.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010497.pub2)
3. Reszke R, Szepietowski JC. A safety evaluation of dimethyl fumarate in moderate-to-severe psoriasis. *Expert Opin Drug Saf.* 2020;19:373-80. doi:[10.1080/14740338.2020.1736553](https://doi.org/10.1080/14740338.2020.1736553)
4. Mrowietz U, Barker J, Boehncke WH, Iversen L, Kirby B, Naldi L, Reich K, Tanew A, van de Kerkhof PCM, Warren RB. Clinical use of dimethyl fumarate in moderate-to-severe plaque-type psoriasis: a European expert consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32 Suppl 3:3-14. doi:[10.1111/jdv.15218](https://doi.org/10.1111/jdv.15218)
5. Rosés Gibert P, de la Torre Gomar FJ, Saenz Aguirre A, Gimeno Castillo J, González Pérez R. Dimethyl fumarate as therapeutic alternative in moderate-to-severe psoriasis: our experience. *Psoriasis (Auckl).* 2022;12:177-85. doi:[10.2147/PTT.S367060](https://doi.org/10.2147/PTT.S367060)

Wynzora[®]

Índice

01. Wyzora® crema: tratamiento de primera línea en psoriasis inducida por la inmunoterapia en paciente oncológico.....	414
02. “Doctor, creo que me estoy quedando sordo”	420
03. Wyzora®: eficacia y mejora de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada.....	426
04. Calcipotriol/betametasona (Wyzora®) como tratamiento para la psoriasis palmar	435
05. Psoriasis leve, pero resistente	441
06. Cuando se necesita una ayuda en localizaciones especiales.....	448
07. ¿Puede un vehículo condicionar la eficacia del tratamiento?.....	454
08. Wyzora® en cuero cabelludo en paciente con fracaso a múltiples tratamientos tópicos	460
09. Optimizando la adherencia terapéutica en la psoriasis: a propósito de un caso	466
10. Poca extensión con mucha afectación: Wyzora® en el tratamiento de psoriasis persistente en dorso de manos.....	472
11. Tratamiento tópico en localizaciones especiales: Wyzora® crema como alternativa en psoriasis de cuero cabelludo	479
12. ¡En tus manos está la solución!	484
13. Wyzora® como tratamiento de psoriasis palmoplantar	489
14. La unión hace la fuerza	497

Wynzora® crema: tratamiento de primera línea en psoriasis inducida por la inmunoterapia en paciente oncológico

Francisco José Navarro Triviño, Álvaro Prados Carmona, Ricardo Ruiz Villaverde

Hospital Universitario Clínico San Cecilio (Granada).

RESUMEN

El paciente oncológico asocia una serie de peculiaridades que pueden limitar en la práctica clínica habitual la prescripción de ciertos tratamientos. La psoriasis en placas es la forma más frecuente. La inmunoterapia ha cambiado potencialmente el pronóstico de los pacientes oncológicos, pero también ha dado lugar a casos de psoriasis inducidos por estos fármacos. Tanto los inhibidores del PD1 como los inhibidores del CTLA4 han sido publicados como responsables de la aparición de placas de psoriasis *de novo*. El tratamiento actual del mesotelioma pleural irresecable combina ambas inmunoterapias. Presentamos el caso de un varón de 77 años diagnosticado de un mesotelioma pleural irresecable con placas de psoriasis *de novo* a los 4 meses de iniciar el tratamiento oncológico. Las lesiones de psoriasis fueron refractarias a la mezcla de calcipotriol pomada y propionato de clobetasol crema aplicadas diariamente durante 8 semanas. La aplicación diaria de Wynzora® crema durante 4 semanas mostró una respuesta casi completa.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis, mesotelioma pleural, Wynzora® crema



Anamnesis

Paciente varón de 77 años diagnosticado de mesotelioma pleural irresecable hace 14 meses, actualmente bajo tratamiento oncológico con nivolumab (inhibidor de PD1) e ipilimumab (inhibidor de CTLA4) desde hacía 8 meses. A los 4 meses de iniciar la inmunoterapia comenzaron a aparecer las lesiones cutáneas (**Figura 1**), pruriginosas que alteraban la calidad de vida y del sueño. Según la búsqueda bibliográfica, nivolumab ha sido reportado en múltiples artículos como inductor de psoriasis *de novo*, mientras que ipilimumab es menos sugerente, tampoco podría descartarse. Motivo por el que se sospechó la inducción de la dermatosis inflamatoria por ambas terapias, actuando de modo sinérgico o no.

Había recibido durante los últimos 2 meses la combinación de calcipotriol 0,05% pomada mezclado con propionato de clobetasol 0,05% en crema, una vez al día, sin mejoría.

Exploración

Placa eritematoescamosa en tronco posterior psoriasiforme. BSA 4%, PASI 4, IGA 2.

Diagnóstico

Psoriasis inducida por inmunoterapia (inhibidor de PD1 y/o inhibidor del CTLA4).

Tratamiento

Wyzora® 50 microgramos/g + 0,5 mg/g crema una aplicación al día durante 4 semanas.



Evolución

A las 4 semanas de iniciar el tratamiento se valoró la respuesta.

Se observó un eritema residual, con resolución del componente escamoso en más del 95% de la placa de psoriasis (**Figura 2**). La valoración cosmética del producto fue muy buena, de fácil aplicación y sin dejar residuo. La adherencia al tratamiento determinada por el cuestionario Morisky-Green-4 fue adecuada dado que contestó adecuadamente a las 4 preguntas.

La mejoría de las lesiones se inició desde el tercer día de aplicación de Wyzora® crema, con una reducción del picor desde la primera aplicación. No se observó ningún efecto adverso.

La recomendación actual es continuar con el tratamiento durante 4 semanas más hasta completar las 8 semanas de tratamiento, para posteriormente aplicar Wyzora® crema de forma activa si existe recurrencia de las lesiones de psoriasis.

Conclusión¹⁻⁵

El tratamiento tópico continúa siendo la primera línea de tratamiento para la psoriasis. La psoriasis *de novo* inducida por la inmunoterapia puede controlarse de forma eficaz, rápida y segura con Wyzora® crema. Se ha publicado en la literatura pacientes con psoriasis inducida por inmunoterapia tratados con apremilast o risankizumab.

Aunque se debe individualizar cada caso, el tratamiento tópico continúa siendo la alternativa más coste-eficiente, con un excelente perfil de seguridad.



FIGURA 1. Lesiones cutáneas que aparecen a los 4 meses de iniciar la inmunoterapia.



FIGURA 2. Eritema residual, con resolución del componente escamoso en más del 95% de la placa de psoriasis, a las 4 semanas de iniciar el tratamiento.



Bibliografía

1. Cutroneo P, Ingrasciotta Y, Isgrò V, Rullo EV, Berretta M, Fiorica F, Trifirò G, Guarneri C. Psoriasis and psoriasiform reactions secondary to immune checkpoint inhibitors. *Dermatol Ther.* 2021;34(2):e14830. doi:[10.1111/dth.14830](https://doi.org/10.1111/dth.14830)
2. Fattore D, Annunziata MC, Panariello L, Marasca C, Fabbrocini G. Successful treatment of psoriasis induced by immune checkpoint inhibitors with apremilast. *Eur J Cancer.* 2019;110:107-109. doi:[10.1016/j.ejca.2019.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.01.010)
3. Glinos GD, Fisher WS, Morr CS, Seminario-Vidal L. Nivolumab-induced psoriasis successfully treated with risankizumab-rzaa in a patient with stage III melanoma. *JAAD Case Rep.* 2021;11:74-77. doi:[10.1016/j.jdcr.2021.03.029](https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.03.029)
4. Selmin F, Franzè S, Casiraghi A, Cilurzo F. Spotlight on Calcipotriol/Betamethasone Fixed-Dose Combination in Topical Formulations: Is There Still Room for Innovation? *Pharmaceutics.* 2022;14(10):2085. doi:[10.3390/pharmaceutics14102085](https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14102085)
5. Taylor A, Singh R, Feldman SR. Review of Calcipotriene and Betamethasone Dipropionate Cream in the Treatment of Psoriasis. *Ann Pharmacother.* 2022 Jun 22:10600280221105508. doi:[10.1177/10600280221105508](https://doi.org/10.1177/10600280221105508). Epub ahead of print. PMID: 35730211.

“Doctor, creo que me estoy quedando sordo”

Irene Rivera Ruiz, Pedro Jesús Gómez Arias, Juan Luis Sanz Cabanillas, César Guijarro Sánchez,
Antonio José Vélez García-Nieto, Manuel Galán Gutiérrez

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

Varón de 65 años con antecedente personal de psoriasis en placas en cuero cabelludo de 5 años de evolución que ha tratado con fármacos tópicos y con fármacos biológicos (adalimumab) con buena respuesta. Se suspendió el tratamiento con adalimumab por cefalea, mareo y astenia asociadas, desarrollando placas de psoriasis en concha auricular y conducto auditivo externo bilaterales intensamente descamativas, eritematosas, infiltradas y pruriginosas (BSA: 1%, PASI: 1, PGA: 5) que limitaban considerablemente la audición comprometiendo su calidad de vida. Se inició tratamiento tópico con calcipotriol 50 microgramos/g + betametasona 0,5 mg/g crema (Wynzora®) cada 24 horas, consiguiendo aclaramiento total de las lesiones en ambas conchas auriculares y en ambos conductos auditivos externos en la semana 5 de tratamiento (BSA: 0%, PASI: 0, PGA: 0) recuperando completamente la audición sin presentar efectos adversos asociados.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; concha auricular; conducto auditivo externo; calidad de vida

Anamnesis

Varón de 65 años con antecedente personal de psoriasis en placas en cuero cabelludo de 5 años de evolución que ha tratado con fármacos tópicos (calcipotriol 50 microgramos/g y betametasona 0,5 mg/g en gel) y con fármacos biológicos (adalimumab 40 mg cada 2 semanas con inducción) con buena respuesta. Se suspendió el tratamiento con adalimumab en abril del 2022 por cefalea, mareo y astenia asociadas, desarrollando placas eritematodescamativas en concha auricular y conducto auditivo externo bilaterales un mes después de suspender el tratamiento (**Figura 1**). No dolores articulares ni clínica que sugiera artropatía.

Exploración

En la exploración física se observan placas eritematodescamativas bien delimitadas infiltradas y pruriginosas en concha auricular y conducto auditivo externo bilaterales (BSA 1%, PASI 1, PGA 5) que limitaban considerablemente la audición comprometiendo su calidad de vida (**Figura 1**).

Diagnóstico

De acuerdo con la historia clínica y con los hallazgos de la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis en placas en concha auricular y conducto auditivo externo bilateral asociada a hipoacusia de transmisión.

Tratamiento

Se inició tratamiento tópico con calcipotriol 50 microgramos/g + betametasona 0,5 mg/g crema (Wynzora®©) cada 24 horas durante 5 semanas.

Evolución

Tras cinco semanas de tratamiento se consiguió aclaramiento total de las lesiones (PASI 100) en ambas conchas auriculares y en ambos conductos auditivos externos (BSA 0%, PASI 0, PGA 0) sin presentar efectos adversos asociados (**Figura 2**). El paciente comentó la comodidad, cosmeticidad y buena tolerancia a la crema, recuperando completamente la audición.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, siendo el tipo más frecuente la psoriasis en placas. Clínicamente, la lesión característica es una placa eritematosa bien delimitada con escamas grisáceas en superficie. Puede afectar a pabellones auriculares y al conducto auditivo externo, siendo una localización habitual poco estudiada, pudiendo llegar a afectar hasta al 37% de los pacientes con psoriasis, con diferentes grados de gravedad¹. Esta localización puede llegar a ser muy invalidante afectando negativamente a la calidad de vida debido al prurito, sordera y descamación asociada². Es importante insistir a los pacientes en evitar manipular las lesiones debido a que el fenómeno de Koebner en la psoriasis podría empeorar y extender las lesiones².

El tratamiento en esta región puede llegar a ser todo un reto debido a la localización. En la ficha técnica de Wyzora[®] se especifica que está indicado para psoriasis vulgar leve a moderada incluyendo el cuero cabelludo^{3,4}. Nuestro paciente presentaba una hipoacusia de transmisión secundaria a placas de psoriasis en conducto auditivo externo y concha auricular que se resolvió por completo gracias a la eficacia y adherencia al tratamiento tópico. A pesar de que se trata de un único caso, creemos que en la afectación de la concha y del conducto auditivo externo Wyzora[®] puede ser una buena opción terapéutica por su elevada aceptación, gran calidad cosmética y penetrancia⁵, necesitándose más estudios con mayor tamaño muestral para confirmarlo.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas bien delimitadas infiltradas y pruriginosas en concha auricular y conducto auditivo externo bilaterales.

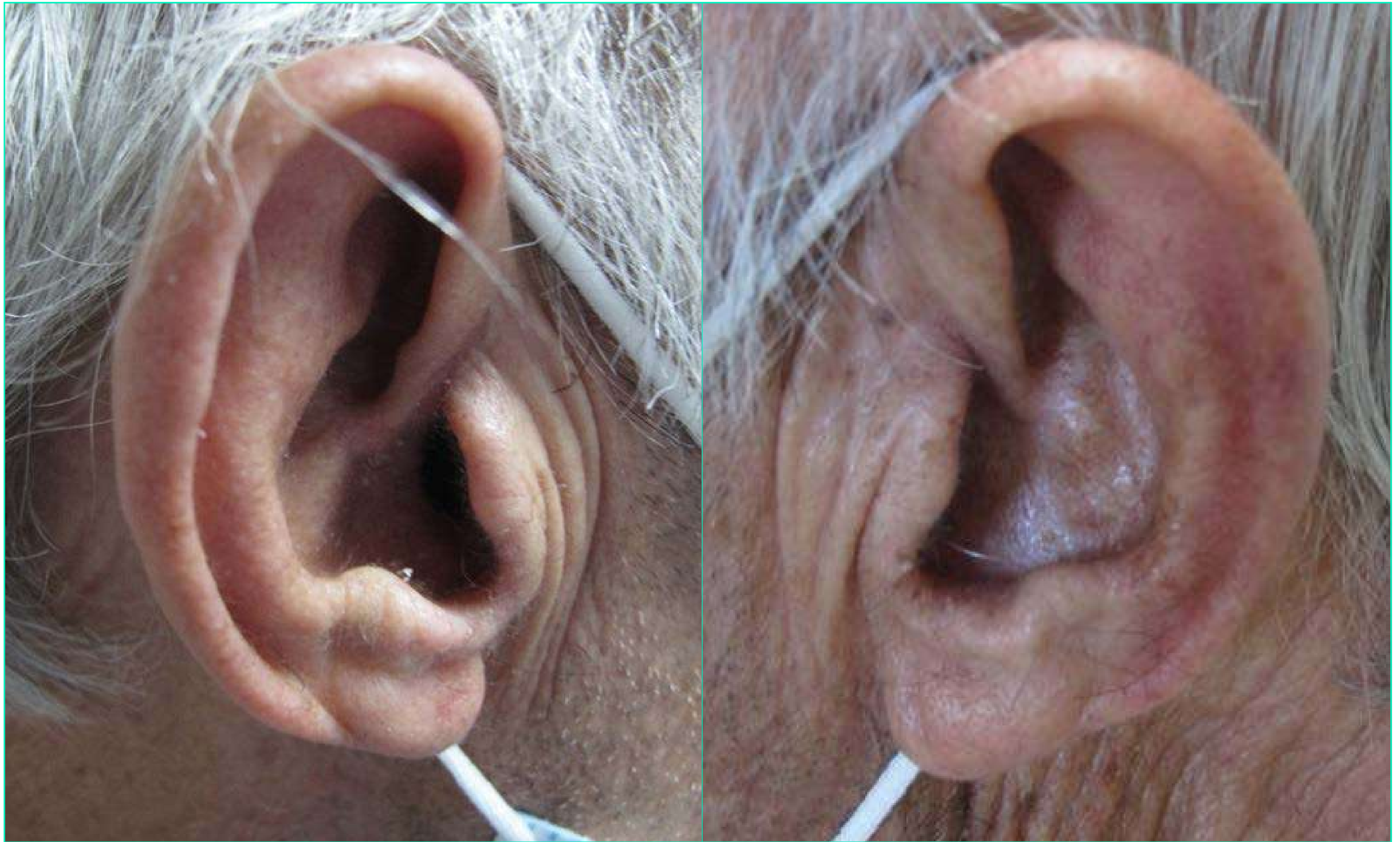


FIGURA 2. Tras cinco semanas de tratamiento se consiguió aclaramiento total de las lesiones.



Bibliografía

1. Blake A, Enos C, Armstrong AW, Garg A, Gottlieb A, Koo J, et al. Results of a Survey of the National Psoriasis Foundation Medical Board on the Management of Ear Psoriasis. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis*. 2020; 5(1): 28–31. doi:[10.1177/2475530319891954](https://doi.org/10.1177/2475530319891954)
2. Galache C, Vázquez-Losada B, Armesto S, González-Gay MA, Vázquez-López F, Santos-Juanes J. Psoriasis of the external auditory canal: prevalence, clinical features and impact on quality of life. *Clin Exp Dermatol*. 2022; 47(12). doi:[10.1111/ced.15352](https://doi.org/10.1111/ced.15352)
3. Wyzora® Ficha Técnica. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/86088/86088_ft.pdf. Último acceso: enero 2023.
4. Pinter A, Præstegaard M, Selmer J, Reich A. Calcipotriene And Betamethasone Dipropionate Cream Demonstrates High Treatment Success In Patients With Scalp Psoriasis. *SKIN The Journal of Cutaneous Medicine*. 2022; 6(2), s9. doi:[10.25251/skin.6.suppl.9](https://doi.org/10.25251/skin.6.suppl.9)
5. Randomized Trial Demonstrating the Improved Efficacy and Patient Acceptability of Fixed Dose Calcipotriene and Betamethasone Dipropionate Cream. *J Drugs Dermatol*. 2021;20(4):420-5. doi:[10.36849/JDD.5653](https://doi.org/10.36849/JDD.5653)

Wynzora®: eficacia y mejora de la calidad de vida en pacientes con psoriasis moderada

Juan Luis Sanz Cabanillas, Damián Moreno Mesa, Miguel Juan Cencerrado, Delia Díaz Ceca, Elena Beatriz Sanz Cabanillas

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

Mujer de 52 años diagnosticada de psoriasis moderada de 18 años de evolución, con factores de riesgo cardiovascular y antecedente personal de cáncer de mama, con baja adherencia a tratamientos previos. Como paso previo a tratamiento sistémico se inició tratamiento con Wynzora® mostrando una alta eficacia, seguridad y una alta adherencia al tratamiento. Partiendo de un PASI 11,8, BSA 16% y DLQI 10 se alcanzaron niveles de PASI, BSA y DLQI 1,2, 1 y 2, respectivamente. Seis meses después de finalizar el tratamiento se mantiene libre de lesiones.

Gracias a la utilización de Wynzora® y su novedosa tecnología de dispersión de poliafrones (PAD), es posible alcanzar una mayor adherencia al tratamiento y una alta eficacia, manteniendo un adecuado perfil de seguridad óptimo y mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes con psoriasis.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis moderada; síndrome metabólico; cáncer; calidad de vida



Anamnesis

Mujer de 52 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Obesa, hipertensa y dislipémica en tratamiento con losartán y simvastatina, con buen control. Depresión en tratamiento con amitriptilina, controlada. Antecedente personal de cáncer de mama libre de enfermedad desde hace 10 años. No es fumadora ni consume alcohol. No artritis psoriásica. Trabaja como limpiadora.

Presenta psoriasis en placas diagnosticada a los 34 años (18 años de evolución). Había recibido tratamiento con corticoides tópicos, análogos de la vitamina D tópicos en pomada y en espuma, inhibidores de la calcineurina tópicos, fototerapia y metotrexato con baja adherencia al tratamiento y sin buen control de la enfermedad.

Exploración

Se observan múltiples lesiones eritematodescamativas, bien delimitadas, pruriginosas, algunas agrupadas en gotas, como en espalda, y otras grandes placas, como en codos (**Figura 1**) y miembros inferiores (**Figura 2**). No presentaba lesiones a nivel palmoplantar, cuero cabelludo, ungueal, pliegues ni región genital.

Diagnóstico

El índice de severidad el área de psoriasis (PASI) dio un resultado de 11,8. El cálculo de la superficie corporal afectada (BSA) fue del 16% y el índice de calidad de vida (DLQI) fue de 10. Según los hallazgos de la historia clínica y la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis en placas moderada¹.

Tratamiento

Dados los valores de PASI, BSA y DLQI se solicitó analítica sanguínea que incluía bioquímica, hemograma y serologías, así como Mantoux, de cara a valorar inicio de tratamiento sistémico/biológico y se citó a la paciente en 8 semanas. Mientras tanto, se instauró tratamiento con calcipotriol y betametasona en crema (Wyzora®). Se explicó la posología del tratamiento, según ficha técnica, y se realizó hincapié en aplicar una fina capa de la crema con la yema de los dedos sobre las áreas afectadas de psoriasis, dando un suave masaje.



Evolución

En la primera visita, tras 8 semanas de tratamiento, la paciente experimentó una mejoría prácticamente completa. Las lesiones en espalda, codos (**Figura 3A-B**) y miembros inferiores (**Figura 4**) habían desaparecido.

La paciente no refería acontecimientos adversos con el tratamiento y destacó la rapidez de acción y la comodidad del tratamiento, haciendo hincapié en no sentir la sensación grasa al aplicarla que había notado al utilizar otros tratamientos tópicos y la rápida absorción de la crema. Los datos PASI y BSA fueron de 1,2 y 1 respectivamente y el DLQI 2. En la analítica previamente solicitada, tanto hemograma como bioquímica y serologías resultaron normales. El Mantoux fue negativo.

Dada la eficacia y seguridad del tratamiento y teniendo en cuenta la satisfacción de la paciente, se decidió citar a la paciente para valorar su evolución. Se indicó que en caso de recaída u otra incidencia debería acudir a su médico de cabecera.

En la siguiente visita, 6 meses después de la anterior, la paciente continuaba libre de lesiones y solamente tuvo que repetir una vez más el tratamiento con Wyzora® durante dicho período, indicado en este caso por su médico de cabecera.

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad eritematoescamosa de la piel que afecta entre el 1,4% y el 2,3% de la población. Es una enfermedad inflamatoria en cuya etiopatogenia existe una predisposición genética combinada con factores ambientales como traumatismos, infecciones y fármacos, entre otros. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y su distribución puede ser localizada o generalizada, afectando sobre todo a cuero cabelludo, codos, rodillas, región lumbar, ombligo, manos y pies².

En los últimos años se ha demostrado que padecer psoriasis moderada-grave comporta un aumento de la morbimortalidad global por enfermedad cardiovascular debido a una mayor prevalencia de síndrome metabólico, obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria, lo que ha llevado a plantear la hipótesis que si se optimiza el control de la psoriasis podremos disminuir el riesgo cardiovascular. Además, la psoriasis también determina una disminución importante de la calidad de vida de los pacientes, con repercusiones también en el ámbito físico, emocional, sexual y laboral³.



Actualmente, uno de los objetivos principales es mejorar el cumplimiento terapéutico, pues se ha objetivado que hasta un 40% de personas con psoriasis presentan escasa adherencia al tratamiento⁴. Para fomentarla hemos de crear una relación médico-paciente estrecha, tomar una decisión compartida, elegir el vehículo adecuado y buscar un principio activo que proporcione una mejoría rápida y adecuada.

Como novedad, Wyzora®, incorpora la tecnología de dispersión de poliafrones (PAD)⁵. Gracias esta tecnología, se permite obtener una formulación acuosa estable de calcipotriol y betametasona (en lugar de una formulación grasa, como se ha utilizado habitualmente). Dicha tecnología permite una rápida absorción y optimiza la administración del producto, mejorando la adherencia terapéutica. Esto repercute, por tanto, en una mayor eficacia y satisfacción por parte de los pacientes, mostrando además un perfil de seguridad óptimo.

En este caso, al tratarse de una paciente con psoriasis moderada, asociada a síndrome metabólico, con antecedentes personales de cáncer, y baja adherencia a los tratamientos anteriores, se ve restringido el uso de arsenal terapéutico. Por ejemplo, el uso de los tratamientos sistémicos convencionales (metotrexato, ciclosporina y acitretina), podría tener un impacto negativo en esta paciente y el uso de agentes tópicos muy grasos podría afectar de forma importante a la adherencia del tratamiento. Gracias a la utilización de Wyzora® y su tecnología PAD se ha alcanzado una buena adherencia al tratamiento y una alta eficacia, manteniendo un adecuado perfil de seguridad adaptado a la paciente y mejorando significativamente su calidad de vida.

Por tanto, como conclusión, la decisión terapéutica en pacientes con psoriasis debe ser individualizada y consensuada, de acuerdo con las características individuales de cada paciente y según la situación de evolutiva de su enfermedad.



FIGURA 1. Lesiones eritematodescamativas, bien delimitadas, pruriginosas, algunas agrupadas en gotas en espalda y otras grandes placas en codos.



FIGURA 2. Lesiones eritematodescamativas, bien delimitadas, pruriginosas, agrupadas en grandes placas en miembros inferiores.



FIGURA 3. En la primera visita, tras 8 semanas de tratamiento, las lesiones en espalda (A) y codos (B) habían desaparecido.



FIGURA 4. En la primera visita, tras 8 semanas de tratamiento, las lesiones en miembros inferiores habían desaparecido.



Bibliografía

1. Llamas-Velasco M, de la Cueva P, Notario J, Martínez-Pilar L, Martorell A, Moreno-Ramírez D. Psoriasis moderada. Propuesta de definición. Actas Dermosifiliogr. 2017;108(10):911-17. doi:[10.1016/j.ad.2017.07.002](https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.07.002)
2. Ferrándiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Puig S, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). J Eur Acad Dermatol Venereol 2001; 15:20-3. doi:[10.1046/j.1468-3083.2001.00191.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2001.00191.x)
3. Carrascosa JM, Rocamora V, Fernández-Torres RM, Jiménez-Puya R, Moreno JC, Coll-Puigserver N, et al. Obesidad y psoriasis: naturaleza inflamatoria de la obesidad, relación entre psoriasis y obesidad e implicaciones terapéuticas. Actas Dermosifiliogr 2014; 105:31-44. doi:[10.1016/j.ad.2012.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.08.003)
4. Puig L, Carrascosa JM, Belinchón I, Fernández-Redondo V, Carretero G, Ruiz-Carrascosa JC, et al. Adherencia y satisfacción del paciente y características organolépticas y de uso de los tratamientos tópicos utilizados para la psoriasis: Consenso Delphi del panel de expertos y miembros del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Actas Dermosifiliogr 2013;104:488-96. doi:[10.1016/j.ad.2012.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.005)
5. Præstegaard M, Vestbjerg B, Selmer J, et al. Phase 3 trial demonstrates superior patient treatment convenience of MC2-01 calcipotriene plus betamethasone dipropionate cream compared to current topical suspension. J of Skin. 2020;4(5):s62. doi:[10.25251/skin.4.suppl.61](https://doi.org/10.25251/skin.4.suppl.61)

Calcipotriol/betametasona (Wynzora®) como tratamiento para la psoriasis palmar

Álvaro Iglesias-Puzas, Ana Sirgado-Martínez, Alfredo García-Mares, Eduardo López-Bran

Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

RESUMEN

La psoriasis palmoplantar es una forma clínica de psoriasis que incluye diferentes patrones morfológicos, que van desde lesiones predominantemente pustulosas hasta grandes placas hiperqueratósicas, o una superposición de ambas. En muchas ocasiones se presenta como una forma localizada en las que el tratamiento tópico suele utilizarse en primera línea.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tratamientos tópicos

Anamnesis

Mujer 50 años con lesiones palmares descamativas de 6 años de evolución que dificultaban sus actividades básicas de la vida diaria. Había sido diagnosticada de psoriasis mediante biopsia y había realizado tratamiento con emolientes y corticosteroides tópicos con respuesta parcial.

Exploración

En la exploración física se evidenciaban placas eritematosas, hiperqueratósicas en ambas palmas. No se observaban lesiones en otras localizaciones. **(Figura 1)**.

Diagnóstico

Psoriasis palmoplantar.

Tratamiento

Calcipotriol/betametasona (Wynzora®).

Evolución

Se inició tratamiento con calcipotriol/betametasona (Wynzora®) 1 aplicación cada 24 horas durante 4 semanas. A las 2 semanas **(Figura 2)** se evidenció una mejoría franca de las lesiones, estando prácticamente resueltas a las 4 semanas de tratamiento **(Figura 3)**.

Conclusión¹⁻³

Calcipotriol/betametasona (Wynzora®) puede ser una opción adecuada en localizaciones difíciles de tratar como la acral.



FIGURA 1. Placas eritematosas, hiperqueratósicas en ambas palmas.



FIGURA 2. A las 2 semanas se evidenció una mejoría franca de las lesiones.



FIGURA 3. Lesiones prácticamente resueltas a las 4 semanas de tratamiento.



Bibliografía

1. Engin B, Aşkın Ö, Tüzün Y. Palmoplantar psoriasis. Clin Dermatol. 2017 Jan 1;35(1):19–27. doi:[10.1016/j.clindermatol.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.09.004)
2. Maul JT, Anzengruber F, Conrad C, Cozzio A, Häusermann P, Jalili A, et al. Topical Treatment of Psoriasis Vulgaris: The Swiss Treatment Pathway. Dermatology. 2021 Mar 1;237(2):166–78. doi:[10.1159/000512930](https://doi.org/10.1159/000512930)
3. Torsekar R, Gautam M. Topical Therapies in Psoriasis. Indian Dermatol Online J. 2017;8(4):235. doi:[10.4103/2229-5178.209622](https://doi.org/10.4103/2229-5178.209622)

Psoriasis leve, pero resistente

Raquel Cabana Navia, Alicia Martínez Fernández, José María Camino Salvador, Isabel Zapata Martínez

Hospital Universitario de Guadalajara (Guadalajara).

RESUMEN

Paciente mujer de 57 años, con antecedentes de HTA y psoriasis en placas de años de evolución, con afectación de codos, rodillas, palmas, plantas y cuero cabelludo que, desde hace 4-5 semanas, presenta persistencia de la afectación en manos, con predominio en la mano dominante (derecha) a pesar de aplicaciones diarias de su tratamiento habitual (combinación de calcipotriol y betametasona en gel). Una vez descartadas otras posibles etiologías (dermatosis de origen infeccioso, de contacto alérgico o irritativo, medicamentoso, etc.) se instaura tratamiento con Wyzora® (calcipotriol y betametasona en crema) pautando aplicaciones diarias y logrando resolución completa de las lesiones en 7 días.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis leve; psoriasis localizada; psoriasis palmar; tratamiento tópico

Anamnesis

En el interrogatorio, la paciente refería que, a pesar de la aplicación correcta de su tratamiento habitual, presentaba afectación persistente a nivel de las palmas. Aseguraba que las lesiones eran similares a brotes previos, pero con empeoramiento progresivo, cursando con dolor secundario a la formación de grietas y fisuras, y consecuentemente, dificultando su actividad laboral (actividad que implica uso prolongado del ordenador).

Se interrogó sobre posibilidad de contacto con animales, comprobando que convivía con dos perros, sanos y con los adecuados controles veterinarios. Tampoco lo relacionaba con el inicio de medicamentos, nuevas actividades o contacto con nuevos productos. Únicamente, refería relación con un periodo de mayor actividad y estrés laboral.

Por otro lado, negaba síntomas articulares u otras posibles comorbilidades asociadas que hicieran sospechar afectación sistémica concomitante.

Exploración

Afectación bilateral de palmas, asimétrica con predominio en mano derecha, con eritema palmar que se acompaña de hiperqueratosis en eminencia tenar, y áreas descamativas en región periungueal y pulpejos, con formación de erosiones y fisuras (**Figura 1**). No se objetivan pústulas ni datos de onicopatía. Tampoco presentaba lesiones en otras localizaciones.

Diagnóstico

Psoriasis palmar.

Tratamiento

Se decide iniciar tratamiento con Wyzora® (calcipotriol y betametasona en crema) realizando 1 aplicación diaria, preferiblemente antes de acostarse, para asegurar la permanencia de la crema durante al menos 8 horas, en capa fina, hasta su completa absorción. Se indica que el tratamiento debe realizarse todas las noches hasta lograr el control de la zona afecta, sin exceder las 8 semanas (Figura 2).

Evolución

Se logra resolución completa de las lesiones y síntomas tras 7 días de tratamiento (Figura 3).

Conclusión^{1,2}

Ante la refractariedad al tratamiento habitual de las lesiones de una dermatosis crónica, como es la psoriasis, es necesario replantearse el diagnóstico y descartar otras causas de dermatosis que puedan superponerse: dermatitis de contacto irritativo o alérgico, medicamentoso, infeccioso, etc.

La psoriasis es una dermatosis crónica causada por una predisposición poligénica combinada con desencadenantes ambientales, entre los que podemos destacar el estrés psicológico y el estímulo traumático. Este último responsable del fenómeno isomórfico de Koebner que caracteriza a la psoriasis, por el cual se reproducen lesiones en aquellas zonas sometidas a un traumatismo agudo o repetido. La combinación de ambos desencadenantes podría justificar el empeoramiento localizado de nuestra paciente.

Por el momento, no existe un tratamiento curativo de la psoriasis. El objetivo principal en el manejo terapéutico será el mantenimiento y control de los brotes, siendo los tratamientos tópicos los empleados en el control de la enfermedad limitada o localizada.

La efectividad de los tratamientos tópicos no depende únicamente de su principio activo, sino también de la presentación y formulación del producto, de modo que deberá adaptarse al área corporal a tratar.



FIGURA 1. Eritema palmar que se acompaña de hiperqueratosis en eminencia tenar, y áreas descamativas en región periungueal y pulpejos con formación de erosiones y fisuras.

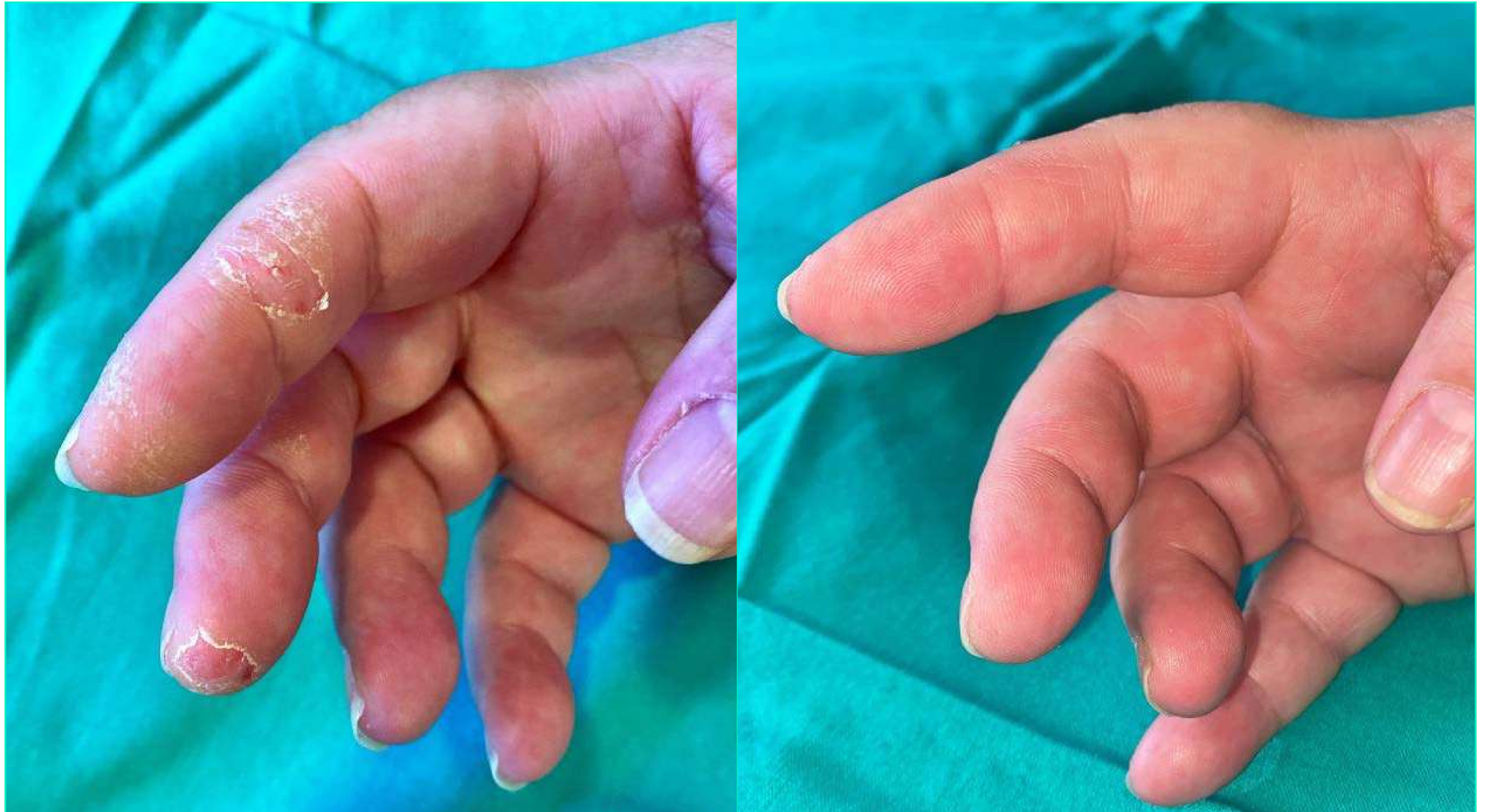


FIGURA 2. Tratamiento con Wyzora® (calcipotriol y betametasona en crema) realizando 1 aplicación diaria.



FIGURA 3. Resolución completa de las lesiones y síntomas tras 7 días de tratamiento.



Bibliografía

1. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Bologna. Dermatología: Principales diagnósticos y tratamientos. Elsevier España; 2015. 370 p.
2. Boyd AS, Neldner KH. The isomorphic response of Koebner. Int J Dermatol. agosto de 1990;29(6):401-10. doi:[10.1111/j.1365-4362.1990.tb03821.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1990.tb03821.x)

Cuando se necesita una ayuda en localizaciones especiales

Ana Carmona Olveira, Carmen Tienza Fernández, María Dolores Benedicto Maldonado, Jorge Alonso Suárez Pérez, Enrique Herrera Acosta

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 59 años diagnosticada de psoriasis hace 8 años que había recibido múltiples líneas de tratamiento sistémico, incluyendo anti-TNF con pérdida de eficacia. Inició tratamiento con tildrakizumab en octubre de 2021 alcanzando un aclaramiento prácticamente completo, pero persistiendo lesiones en manos que respondieron completamente al tratamiento con Wyzora® crema vía tópica.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis grave; PASI; terapia biológica; tratamiento tópico; Wyzora®; calidad de vida; localizaciones especiales



Anamnesis

Mujer de 59 años, asmática, con dislipemia y síndrome ansiosodepresivo en tratamiento con escitalopram y bromazepam, diagnosticada de psoriasis a los 51 años. Antecedentes familiares de psoriasis en su padre.

Como tratamientos previos había recibido metotrexato vía subcutánea, acitretina y apremilast, suspendidos por ineficacia primaria, así como con adalimumab, suspendido por ineficacia secundaria. En octubre de 2021, la paciente presentaba un PASI 12, BSA 8, PGA 4, y se decide inicio de tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica con gran mejoría. No obstante, acude a nuestras consultas en septiembre 2022 refiriendo persistencia de lesiones en dorso de manos con importante afectación de la calidad de vida al encontrarse en un área visible.

Exploración

A la exploración presentaba un aclaramiento completo de las lesiones en tronco y extremidades inferiores persistiendo únicamente placas eritematodescamativas en dorso de manos (**Figura 1**). PASI 2, BSA 1, PGA 1.

Diagnóstico

Persistencia de placas de psoriasis en localización especial y visible en paciente en tratamiento biológico.

Tratamiento

Dada la excelente respuesta al tratamiento biológico con tildrakizumab alcanzando un PASI absoluto <3 pero persistiendo pequeñas placas en dorso de manos, decidimos asociar al tratamiento biológico la aplicación de Wyzora® crema vía tópica, una capa fina una vez al día por la noche durante 4 semanas.



Evolución

Nuestra paciente acude a revisión a las 6 semanas presentando una respuesta completa, con aclaramiento de todas las lesiones (PASI 0, BSA 0, PGA 0) y refiriendo una gran mejoría en su calidad de vida (**Figura 2**). No refería ningún efecto adverso con el medicamento ni ninguna molestia con su aplicación.

Conclusión¹⁻⁵

Presentamos una paciente con psoriasis grave, que había experimentado ineficacia con múltiples tratamientos sistémicos y biológicos, que presenta una buena respuesta al tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica. No obstante, no conseguía alcanzar un aclaramiento completo, persistiendo placas en dorso de ambas manos provocando a la paciente una intensa afectación en su calidad de vida. Por ello, decidimos asociar al tratamiento biológico tratamiento tópico con Wyzora[®] crema una vez al día, consiguiendo alcanzar un PASI 0 así como una gran mejoría en la calidad de vida.

Consideramos Wyzora[®] crema una opción de tratamiento segura, con mínimos efectos adversos y con una cosmetividad agradable como coadyuvante en pacientes con tratamientos biológicos con buena respuesta pero que no consiguen alcanzar respuesta PASI 100 solo con el biológico. Un PASI absoluto <3 en áreas visibles puede generar un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, siendo necesario tener un tratamiento tópico eficaz que nos permita alcanzar la excelencia terapéutica.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas en dorso de manos.



FIGURA 2. Aclaramiento de todas las lesiones en la revisión a las 6 semanas.



Bibliografía

1. Armstrong A, Pinter A, Selmer J, Præstegaard M, Reich A, Koo J. Pooled Analysis Demonstrating Superior Patient- Reported Psoriasis Treatment Outcomes for Calcipotriene/Betamethasone Dipropionate Cream Versus Suspension/Gel. *J Drugs Dermatol*. 2022 Mar 1;21(3):242-248. doi:[10.36849/JDD.661](https://doi.org/10.36849/JDD.661). PMID: 35254765..
2. Reich A, Selmer J, Galván J, Trebbien P, Pi-Blanche A, Danø A, et al. Efficacy, quality of life and treatment satisfaction: an indirect comparison of calcipotriol/ betamethasone dipropionate cream versus foam for treatment of psoriasis. *Current Medical Research and Opinion*. 2022:1-24. doi:[10.1080/03007995.2022.2078099](https://doi.org/10.1080/03007995.2022.2078099)
3. Praestegaard M, Steele F, Crutchley N. Polyaphron Dispersion Technology, A Novel Topical Formulation and Delivery System Combining Drug Penetration, Local Tolerability and Convenience of Application. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 Oct;12(10):2217-223. doi:[10.1007/s13555-022-00794-y](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00794-y)
4. Pinter A, Green LJ, Selmer J, Praestegaard M, Gold LS, Augustin M. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36(2):228-36. doi:[10.1111/jdv.17734](https://doi.org/10.1111/jdv.17734)
5. Præstegaard M, Vestbjerg B, Selmer J, et al. Phase 3 trial demonstrates superior patient treatment convenience of MC2-01 calcipotriene plus betamethasone dipropionate cream compared to current topical suspension. *J of Skin*. 2020;4(5):s62. doi:[10.25251/skin.4.suppl.61](https://doi.org/10.25251/skin.4.suppl.61)

¿Puede un vehículo condicionar la eficacia del tratamiento?

Nuria Valdeolivas-Casillas, Alicia Cabrera-Hernández, Vanessa Gargallo-Moneva, Blanca Diaz-Ley, Carmen Rosa García-Acebes, María Castellanos-González

Hospital Universitario del Sureste (Arganda del Rey, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 45 años diagnosticado de psoriasis leve-moderada desde hace 20 años.

En el momento actual, presenta placas eritematosas y con descamación gruesa, tanto en el cuero cabelludo como en la región lumbar. El paciente refiere prurito intenso y descamación que interfieren en su calidad de vida.

Comenta que usa calcipotriol + betametasona dipropionato en gel de forma errática debido a la cosmética del tratamiento y a la imposibilidad para retirarlo completamente tras el lavado del pelo.

Se pauta calcipotriol + betametasona dipropionato en crema y se revisa al paciente a las 4 semanas. Refiere mejoría tanto en la sintomatología como en el aspecto de las lesiones. Comenta que está tan satisfecho con la galénica del medicamento que ha mejorado su adherencia.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; cuero cabelludo; calidad de vida; adherencia



Anamnesis

Varón de 45 años sin antecedentes personales de interés y sin alergias medicamentosas, diagnosticado de psoriasis leve-moderada desde hace 20 años. Acude a consulta de dermatología por empeoramiento de las lesiones localizadas en el cuero cabelludo y en la región lumbar (**Figura 1A-B**).

Exploración

Presenta placas eritematosas y con descamación gruesa en dichas localizaciones.

Diagnóstico

Psoriasis leve-moderada.

Tratamiento

Se pauta calcipotriol + betametasona dipropionato (Cal/BDP) en crema 1 aplicación por la noche en la zona de las lesiones.

Evolución

El paciente refería prurito intenso y descamación que interferían en su calidad de vida.

Comenta que usaba Cal/BDP en gel de forma errática debido a la cosmética del tratamiento y a la imposibilidad para retirarlo completamente tras el lavado del pelo.

Se pauta Cal/BDP en crema y se revisa al paciente a las 4 semanas. Refiere mejoría tanto en la sintomatología como en el aspecto de las lesiones (**Figura 2A-B**). Comenta que está tan satisfecho con la galénica del medicamento que ha mejorado su adherencia al mismo.



Conclusión

La psoriasis es una patología crónica que en muchas ocasiones afecta al cuero cabelludo. La elección de un vehículo adecuado para cada paciente es fundamental para asegurar la eficacia y el cumplimiento, evitando en muchas ocasiones tener que pautar medicamentos sistémicos.

Los pacientes prefieren formulaciones de rápida absorción, con textura no grasa ni pegajosa, y que no manchen. Varios trabajos revelan que entre el 39-73% de los pacientes no cumple con la pauta prescrita, siendo la textura grasienta la principal razón para la falta de adherencia^{1,2}. Todo ello puso de manifiesto la necesidad de crear vehículos con alta eficacia y mejor cosmética que las formulaciones previas.

En 2020 se aprueba Cal/BDP crema para el tratamiento tópico de la psoriasis *vulgaris* de leve a moderada, incluyendo la psoriasis del cuero cabelludo en adultos.

La combinación de principios activos con un mecanismo de acción sinérgico puede mejorar la eficacia, la seguridad y simplificar la administración del tratamiento respecto a la monoterapia convencional. El tratamiento combinado de vitamina D/corticoide permite reducir la irritación producida por el calcipotriol y la cantidad de corticoide usado. Según el panel de expertos, tiene una eficacia superior a cada componente por separado posicionándolo como tratamiento de primera línea en la psoriasis del cuero cabelludo³. Existen en el mercado el mismo principio activo con diferentes vehículos.

En dos ensayos clínicos fase III, randomizados, multicéntricos, con grupos paralelos, investigador ciego, Cal/BDP crema ha demostrado mejoría en la calidad de vida y más eficacia que el brazo del comparador activo (Cal/BDP gel)⁴.

Un análisis reciente con comparaciones indirectas muestra que Cal/BDP crema es estadísticamente superior frente a Cal/BDP espuma en cuatro de los cinco dominios que estudian la satisfacción del paciente con el tratamiento⁵.

Como conclusión: aunque se trate del mismo principio activo, el vehículo escogido puede determinar tanto la eficacia como el cumplimiento terapéutico. Es necesario, por tanto, tener en cuenta las necesidades de nuestros pacientes a la hora de elegir el tratamiento más adecuado.



FIGURA 1. Placas eritematosas y con descamación gruesa en cuero cabelludo (A) y región lumbar (B).



FIGURA 2. Mejoría en el aspecto de las lesiones en la revisión a las 4 semanas tras pauta Cal/BDP.



Bibliografía

1. Bewley A, Page B. Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011 Jun; 25 (Suppl 4):9-14. doi:[10.1111/j.1468-3083.2011.04060.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2011.04060.x)
2. Fouéré S, Adjadj L, Pawin H. How patient's experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19 Suppl 3:2-6. doi:[10.1111/j.1468-3083.2005.01329.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2005.01329.x)
3. Puig L, Ribera M, Hernanz JM, Belinchón I, Santos-Juanes J, Linares M et al. Treatment of scalp psoriasis: review of the evidence and Delphi consensus of the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. *Actas Dermosifiliogr*. 2010 Dec;101(10):827-46. doi:[10.1016/S1578-2190\(10\)70730-7](https://doi.org/10.1016/S1578-2190(10)70730-7)
4. Pinter A, Green LJ, Selmer J, Praestegaard M, Gold LS, Augustin M. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Feb;36(2):228-236. doi:[10.1111/jdv.17734](https://doi.org/10.1111/jdv.17734)
5. Reich A, Selmer J, Galván J, Trebbien P, Pi-Blanque A, Danø A, et al. Efficacy, quality of life, and treatment satisfaction: an indirect comparison of calcipotriol/betamethasone dipropionate cream versus foam for treatment of psoriasis. *Curr Med Res Opin*. 2022 Sep; 38(9):1521-1529. doi:[10.1080/03007995.2022.2078099](https://doi.org/10.1080/03007995.2022.2078099)

Wynzora® en cuero cabelludo en paciente con fracaso a múltiples tratamientos tópicos

Carmen Mochón Jiménez, Pedro Gómez Arias

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

Mujer de 18 años diagnosticada de dermatitis seborreica psoriasiforme de 3 años de evolución sin antecedentes personales de interés ni alergias conocidas. Diagnosticada y en seguimiento por parte de un servicio de dermatología privado pautándole múltiples champús y lociones, así como propionato de clobetasol en solución 2 veces a la semana con escasa mejoría.

Dada la larga evolución del cuadro, la ausencia de respuesta a tratamientos previos y la afectación en su calidad de vida, consultan en el servicio de dermatología de nuestro hospital diagnosticándose de psoriasis de cuero cabelludo. En este momento se inicia tratamiento tópico con Wynzora® mostrando una espectacular evolución.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; cuero cabelludo; tratamiento tópico



Anamnesis

Mujer de 18 años que ha realizado múltiples tratamientos tópicos durante 3 años por una dermatitis seborreica psoriasiforme diagnosticada en un centro privado sin objetivarse mejoría.

Entre sus antecedentes familiares destaca, psoriasis en placas en el padre; la paciente no presenta antecedentes personales de interés ni alergias conocidas.

Ha aplicado múltiples tratamientos, inicialmente aplicó champús destinados a la hiperseborrea sin respuesta. Actualmente se encuentra en tratamiento con champú de brea de hulla y ácido salicílico 1 aplicación a la semana, junto con solución de propionato de clobetasol 2 veces a la semana con escasa mejoría.

Exploración

A la exploración se aprecian placas eritematodescamativas con escamas nacaradas, bien delimitadas, ligeramente pruriginosas, que afectan a prácticamente la totalidad del cuero cabelludo (**Figura 1**). A nivel interparietal y retroauricular se aprecia una mayor infiltración de las lesiones. No presenta lesiones a nivel palmoplantar, ungueales, pliegues ni zona lumbar o extensoras

Diagnóstico

De acuerdo con la historia clínica y los hallazgos de la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis en cuero cabelludo. Se realizó el índice de severidad del área de psoriasis dando un resultado de PASI 3,2. El porcentaje de la superficie corporal afectada fue del 4,5%. Podemos clasificarla, según su gravedad, en psoriasis leve. Asimismo, se obtuvo una analítica sanguínea que no mostró alteraciones.



Tratamiento

Se inicia tratamiento tópico con calcipotriol + betametasona (Wyzora®), una aplicación diaria durante 4 semanas.

Evolución

Tras dos semanas de tratamiento tópico con Wyzora® crema, la paciente presenta una franca mejoría clínica y subjetiva, alcanzando un PASI 75 a las 2 semanas.

Se observa disminución en el número y tamaño de lesiones en cuero cabelludo, apreciándose pequeñas placas escasamente descamativas no infiltradas localizadas principalmente en zona biparietal y retroauricular. **(Figura 2).**

Conclusión

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel de curso crónico y evolución impredecible. La tasa de prevalencia en España se sitúa en el 1,4%, sin diferencias entre sexos. El cuero cabelludo es la región del cuerpo más comúnmente afectada en la psoriasis, involucrada en aproximadamente el 80% de los casos de psoriasis¹.

La psoriasis del cuero cabelludo requiere una consideración especial debido a la naturaleza difícil de tratar y al impacto en la calidad de vida. La presencia de cabello, la formulación grasa de ciertos tratamientos tópicos o la dificultad de aclarado pueden dificultar su adherencia, así como provocar disconformidad en el paciente.

Wyzora®, tratamiento prescrito a nuestra paciente con psoriasis leve cuero cabelludo, combina corticoide y un análogo de la vitamina D. Esta combinación es más eficaz que el uso en monoterapia de estos fármacos, tanto por su efecto sinérgico alcanzando gran efectividad, como por su reducción en los efectos adversos^{2,3}. Esto, añadido a la formulación acuosa del medicamento, que permite reducir la sensación grasa sin disminuir su eficacia, permitió asegurar en esta paciente la adherencia del paciente al tratamiento y por tanto la llamativa mejoría⁴.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas con escamas nacaradas, que afectan a prácticamente la totalidad del cuero cabelludo.



FIGURA 2. Tras dos semanas de tratamiento tópico con Wyzora® se observa disminución en el número y tamaño de lesiones en cuero cabelludo, apreciándose pequeñas placas escasamente descamativas no infiltradas localizadas principalmente en zona biparietal y retroauricular.



Bibliografía

1. Mosca M, Hong J, Haderler E, Brownstone N, Bhutani T, Liao W. Scalp Psoriasis: A Literature Review of Effective Therapies and Updated Recommendations for Practical Management. *Dermatol Ther (Heidelb)* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Jan 25];11(3):769–97. doi:[10.1007/s13555-021-00521-z](https://doi.org/10.1007/s13555-021-00521-z)
2. Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, et al. Topical treatments for scalp psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Feb 26 [cited 2023 Jan 25];2016(2). doi:[10.1002/14651858.CD009687.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009687.pub2)
3. Puig L, Ribera M, Hernanz JM, Belinchón I, Santos-Juanes J, Linares M, et al. Tratamiento de la psoriasis del cuero cabelludo. Revisión de la evidencia y Consenso Delphi del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr*. 2010 Dec 1;101(10):827–46. doi:[10.1016/j.ad.2010.09.001](https://doi.org/10.1016/j.ad.2010.09.001)
4. Stein Gold L, Green L, Dhawan S, Vestbjerg B, Praestegaard M, Selmer J. A Phase 3, Randomized Trial Demonstrating the Improved Efficacy and Patient Acceptability of Fixed Dose Calcipotriene and Betamethasone Dipropionate Cream. *J Drugs Dermatology*. 2021 Apr 1;20(4):420–5. doi:[10.36849/JDD.5653](https://doi.org/10.36849/JDD.5653)

Optimizando la adherencia terapéutica en la psoriasis: a propósito de un caso

Marta Menéndez Sánchez, Arantxa Muñiz de Lucas, Giulia Dradi, Diego de la Vega Ruiz, Elena García Zamora

Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón, Comunidad de Madrid).

RESUMEN

Varón de 48 años con diagnóstico de psoriasis vulgar desde hacía 5 años. Presentaba placas eritematodescamativas levemente pruriginosas de predominio en brazos, palmas y plantas que habían sido valoradas en otros centros, donde se había pautado una espuma de calcipotriol/betametasona con la que no llegaba a conseguir la resolución de las lesiones. Tras 3 años de tratamiento, fue valorado en nuestro centro, donde se pautó Wyzora® en abril de 2022, consiguiendo la resolución del prurito y un aclaramiento casi completo de las lesiones a las 3 semanas. Reinterrogando al paciente, refería una tolerancia muy buena a la crema de calcipotriol/betametasona, factor que había determinado una mayor adherencia al tratamiento y le había permitido controlar la clínica. Ha mantenido dicho tratamiento hasta la actualidad, aplicándolo cuando comienza a presentar algún brote, con un óptimo control de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

calcipotriol/betametasona; Wyzora®; psoriasis vulgar; adherencia



Anamnesis

Varón de 48 años con antecedentes familiares de psoriasis, que acudía a nuestro centro en abril de 2022, consultando por unas lesiones levemente pruriginosas de predominio en brazos (**Figura 1**) y en menor medida, en palmas y plantas, de unos 5 años de evolución. Refería que inicialmente había sido valorado en otros centros, donde le habían pautado como tratamiento calcipotriol/betametasona en espuma, con lo que mejoraba levemente sin llegar a conseguir una resolución de las lesiones. Este tratamiento lo había empleado con cierta frecuencia desde hacía 3 años. No presentaba afectación de cuero cabelludo, uñas y no refería artralgias.

Refería una importante repercusión laboral de las lesiones de los brazos, especialmente durante los meses de verano, ya que trabajaba de cara al público.

Exploración

En cara externa de brazos, codos y antebrazos presentaba placas eritematodescamativas, de bordes levemente difusos y alguna excoriación dispersa. Presentaba, además, alguna pápula aislada eritematosa con leve descamación en palma de la mano derecha e hiperqueratosis leve en talones de ambos pies. El PASI era de 2 y el BSA de 3.3%

Diagnóstico

Psoriasis.

Tratamiento

Se pautó Wyzora® una aplicación diaria por las noches sobre las lesiones. No se prescribieron otros tratamientos.



Evolución

El paciente acudió a revisión 3 semanas más tarde, en mayo de 2022. Había estado empleando Wyzora® de forma diaria, y presentaba una resolución prácticamente completa de las lesiones (**Figura 2**), persistiendo una mínima hiperqueratosis plantar, con un PASI y BSA <1. El paciente refería que el prurito había remitido desde los primeros días de aplicación del tratamiento tópico y que la crema presentaba una textura muy agradable, de fácil extensión y absorción rápida; esto había mejorado su adherencia al tratamiento. Refería que el tratamiento previo era peor tolerado, por lo que no había sido capaz de emplearlo de forma constante, llegando a evitar su uso en algunas ocasiones, aunque presentase lesiones. Actualmente sigue empleando Wyzora® para el control de las placas de psoriasis, tratamiento que aplica cuando nota que está apareciendo el brote y en las revisiones posteriores, no ha vuelto a presentar lesiones de psoriasis ni ha referido prurito u otras molestias.

Conclusión^{1,2}

Wyzora® supone una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la psoriasis leve-moderada (y tratamiento adyuvante en la psoriasis severa). Presenta una cosmética superior a otros tratamientos tópicos con el mismo principio activo, lo que mejora de forma importante la adherencia al tratamiento y con ello, el control de la enfermedad.



FIGURA 1. Lesiones levemente pruriginosas de predominio en brazos.



FIGURA 2. Resolución prácticamente completa de las lesiones a las 3 semanas de tratamiento con Wyzora®.



Bibliografía

1. Kin KC, Hill D, Feldman SR. Calcipotriene and betamethasone dipropionate for the topical treatment of plaque psoriasis. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2016;9(6):789–97. doi:[10.1080/17512433.2016.1179574](https://doi.org/10.1080/17512433.2016.1179574)
2. Stein Gold LF. Topical therapies for psoriasis: Improving management strategies and patient adherence. *Semin Cutan Med Surg* [Internet]. 2016;35(2 Suppl 2):S36-44; quiz S45. doi:[10.12788/j.sder.2016.006](https://doi.org/10.12788/j.sder.2016.006)

Poca extensión con mucha afectación: Wynzora® en el tratamiento de psoriasis persistente en dorso de manos

Mónica Pozuelo Ruiz, Rodolfo David Palacios Diaz, Conrad Pujol Marco, Antonio Sahuquillo Torralba

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia).

RESUMEN

Presentamos el caso de un hombre de 54 años (en la actualidad) con antecedentes de diabetes *mellitus*, hipertensión, cirrosis de origen autoinmune y linfedema, que está en seguimiento en nuestras consultas de dermatología desde hace 12 años por psoriasis en placas en miembros superiores. Ha recibido múltiples ciclos de tratamientos sistémicos y tópicos, con buen control en las placas de codos y antebrazos, pero no así en dorso de manos, donde las lesiones son persistentes y llegan a ser incapacitantes por dificultarle la manipulación. Desde la introducción de Wynzora®, ha notado una importante reducción de las lesiones de forma mantenida, lo que ha tenido un gran impacto en la mejora de su calidad de vida. El buen control con Wynzora® ha evitado además el uso de inmunosupresores sistémicos que pueden suponer un tratamiento agresivo en el contexto del paciente.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; manos; Wynzora®



Anamnesis

Hombre de 42 años remitido a consulta de Dermatología para valoración. Como antecedentes personales de interés presenta: diabetes *mellitus* tipo 2 mal controlada, hipertensión arterial en tratamiento con telmisartán e hidroclorotiazida, y un linfedema crónico en miembros inferiores.

Desde hace unos meses presenta lesiones en dorso de ambas manos, consistentes en pápulas intensamente eritematosas cubiertas por costras y escamas que confluían en placas hiperqueratósicas. También había tenido placas eritematodescamativas en codos y antebrazos.

Niega antecedentes personales o familiares de enfermedad cutánea. No relaciona la aparición de las lesiones con ningún desencadenante ni contacto con sustancias irritantes, únicamente realiza lavado de manos frecuente.

Refiere prurito y dolor que le condiciona impotencia funcional con el estiramiento de la piel. No tiene artralgias. Se aplica emolientes y corticoides tópicos con lo que nota leve mejoría, y mantiene las manos cubiertas con guantes todo el día para evitar la sequedad, el contacto con sustancias irritantes y minimizar traumatismos que empeoren la clínica.

Exploración

Placas eritematodescamativas infiltradas extensas en dorso de manos, que abarcan la zona central y las articulaciones metacarpo-falángicas desde la segunda hasta la quinta (**Figura 1**). También afectación en dorso y caras laterales de primer dedo. Mayor extensión en mano derecha.

La valoración en escalas en ese momento fue PASI: 4 con IGA: 3. Cabe destacar que en visitas previas y posteriores a la de las imágenes ha tenido mayor afectación.



Diagnóstico

Se realizaron pruebas epicutáneas para descartar dermatitis de contacto (alérgica o irritativa) y en última instancia se hizo biopsia cutánea del dorso de una mano, que confirmó el diagnóstico de psoriasis.

El estudio de extensión con pruebas analíticas y serologías descartó otra patología subyacente.

Tratamiento

Inicialmente se trata exclusivamente con corticoides, derivados de vitamina D y tacrolimus/pimecrolimus tópicos, pero las lesiones en dorso de manos son especialmente resistentes. Además, tiene brotes recurrentes en miembros superiores y en ocasiones placas dispersas en el resto del cuerpo, por lo que se decide empezar con tratamiento sistémico.

Inicia acitretina, con lo que mejora, pero sólo parcialmente. Se tiene que retirar tras varios ciclos de tratamiento por aumento de transaminasas y esteatosis hepática.

Después comienza con ciclosporina, alcanzando PASI entre 0-1, pero requiere igualmente interrupción y reintroducción constante por efectos adversos (hipertensión) y alteraciones analíticas.

Durante la evolución desarrolla una hepatopatía crónica con diagnóstico final de cirrosis autoinmune, recibiendo corticoterapia sistémica mantenida y azatioprina. Las lesiones en dorso de manos persisten, pero queda limitado en este contexto el uso de más inmunosupresores.

En este momento se introduce Wyzora®, con una pauta de aplicación de 1 vez al día por la noche durante 4 semanas hasta reevaluación.



Evolución

Tras 4 semanas de tratamiento con Wyzora® a diario presenta aclaramiento de las placas en la zona central, quedando pápulas en periferia y dorso de dedos sin descamación, mínima infiltración y leve eritema (**Figura 2**). También resolución completa de las placas en miembros superiores.

Ha desaparecido la sintomatología y se mantiene sin alteraciones de la funcionalidad de la mano.

Ante la buena evolución, se decidió seguir con el tratamiento durante otro mes.

Conclusión¹⁻⁴

Wyzora® ha demostrado ser un tratamiento efectivo de la psoriasis en placas en dorso de manos resistente a otros tratamientos tópicos habituales. Esta es una de las áreas de piel más expuestas a agresiones que pueden perpetuar la afectación por fenómeno de Koebner, condicionando un control subóptimo y la necesidad de tratamientos prolongados que no son sostenibles con corticoides tópicos de alta potencia. Wyzora® permite pautas de tratamiento mantenido de hasta 8 semanas, por lo que su uso es idóneo especialmente en este paciente, que tiene la complejidad añadida de la limitación al tratamiento sistémico por sus enfermedades de base. Además, la fórmula en crema acuosa favorece tolerancia para la aplicación en manos.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas infiltradas extensas en dorso de manos.



FIGURA 2. Tras 4 semanas de tratamiento con Wyzora®, se aprecia aclaramiento de las placas en la zona central, quedando pápulas en periferia y dorso de dedos sin descamación, mínima infiltración y leve eritema.



Bibliografía

1. Præstegaard M, Vestbjerg B, Selmer J, Holm-Larsen T. Phase 3 trial demonstrates superior patient treatment convenience of MC2-01 calcipotriene plus betamethasone dipropionate cream compared to current topical suspension. *J of Skin*. 2020;4(5):s62. doi:10.25251/skin.4.suppl.61
2. Pinter A, Green LJ, Selmer J, Praestegaard M, Gold LS, Augustin M; trial investigator group. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Feb;36(2):228-236. doi:10.1111/jdv.17734
3. Stein Gold L, Green LJ, Dhawan S, Vestbjerg B, Praestegaard M, Selmer J. A Phase 3, Randomized Trial Demonstrating the Improved Efficacy and Patient Acceptability of Fixed Dose Calcipotriene and Betamethasone Dipropionate Cream. *J Drugs Dermatol*. 2021 Apr 1;20(4):420-425. doi:10.36849/JDD.5653
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AE. CIMA. Detalle del medicamento [Internet]. Aemps.es. [citado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/detalle.html?nregistro=86088>

Tratamiento tópico en localizaciones especiales: Wynnzora[®] crema como alternativa en psoriasis de cuero cabelludo

Pedro J. Navarro Guillamón

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

RESUMEN

La psoriasis es una patología crónica que puede afectar cualquier parte del tegumento cutáneo, incluyendo anejos como el cuero cabelludo, las uñas o el área genital. Normalmente, estas denominadas “localizaciones especiales” responden peor a los tratamientos clásicos y aunque supongan poco porcentaje de superficie cutánea requieren un abordaje más agresivo para su control. Esto es debido a que tienen gran afectación en la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tratamiento; tratamiento tópico; cuero cabelludo



Anamnesis

Varón de 28 años, con diagnóstico de psoriasis desde los 14 años. Antecedentes familiares de psoriasis. Niega afectación articular. Consulta por brote a nivel de cuero cabelludo sin respuesta a tratamientos tópicos previos, con mala tolerancia y adherencia en cuero cabelludo. Refiere intenso prurito asociado.

Exploración

Presenta placa eritematodescamativa bien delimitada a nivel occipital derecho (**Figura 1**). No lesiones en otro nivel. PASI 1,4, BSA 1, IGA 2.

Diagnóstico

Psoriasis leve con afectación de cuero cabelludo.

Tratamiento

Se recomendó aplicación de Wyzora® crema cada 24 durante 21 días.

Evolución

Resolución completa de la placa a nivel de cuero cabelludo, con buena tolerancia y adherencia al tratamiento (**Figura 2**).

Conclusión¹⁻⁴

Para el tratamiento de psoriasis en cuero cabelludo es importante tener en cuenta la futura adherencia a tratamientos, que ya sabemos en cuero cabelludo puede suponer una limitación. Wyzora® crema, debido a su textura crema, supone una alternativa efectiva con buena tolerancia para afectación de cuero cabelludo en psoriasis leve-moderada.



FIGURA 1. Placa eritematodescamativa bien delimitada a nivel occipital derecho.

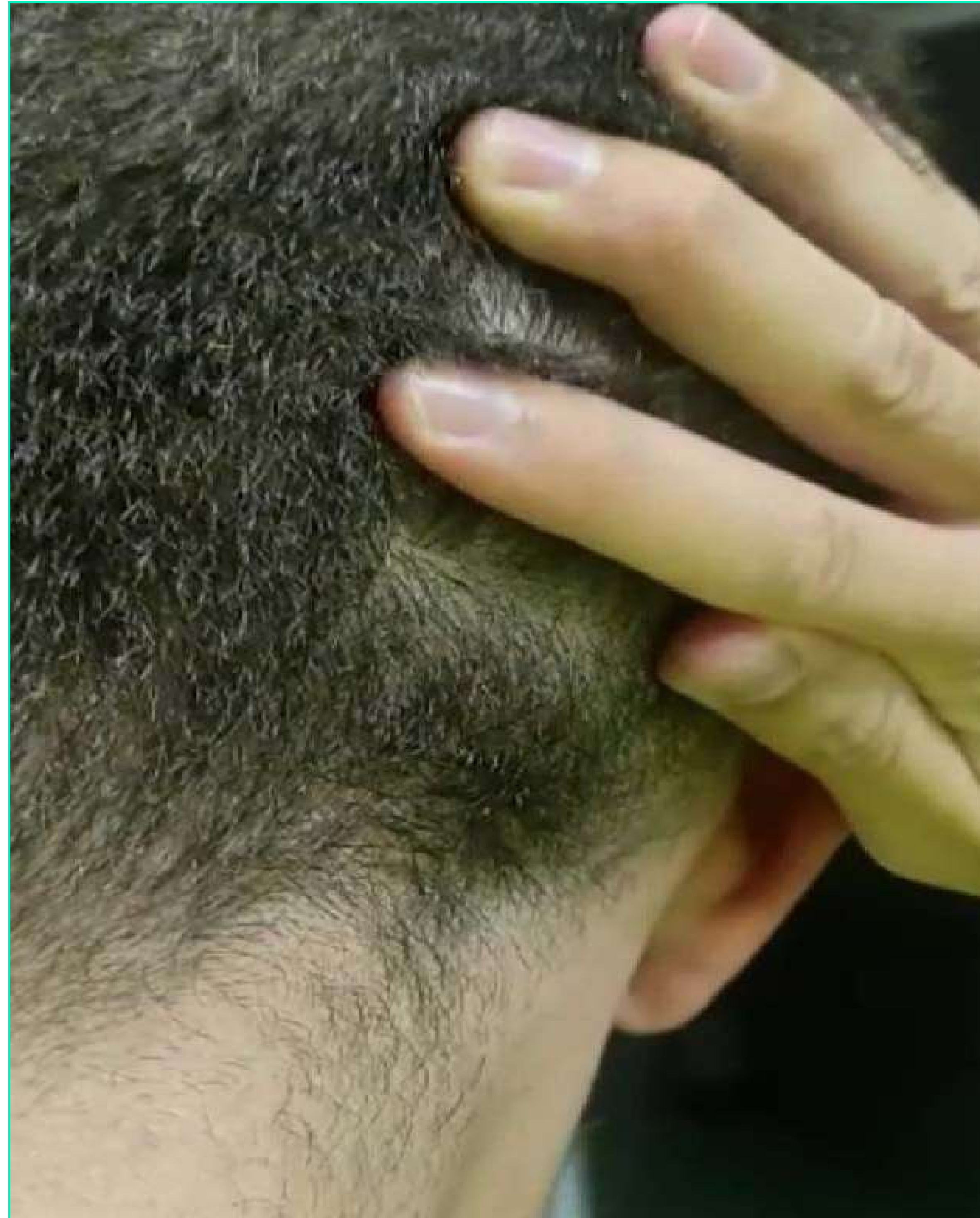


FIGURA 2. Resolución completa de la placa a nivel de cuero cabelludo.



Bibliografía

1. Ghafoor R, Patil A, Yamauchi P, Weinberg J, Kircik L, Grabbe S, Goldust M. Treatment of Scalp Psoriasis. *J Drugs Dermatol*. 2022 Aug 1;21(8):833-837. doi: [10.36849/JDD.6498](https://doi.org/10.36849/JDD.6498). PMID: 35946971.
2. Shokeen D, O'Neill JL, Taheri A, Feldman SR. Are topical keratolytic agents needed in the treatment of scalp psoriasis? *Dermatol Online J*. 2014 Mar 17;20(3):doi: [10.5070/D3203021762](https://doi.org/10.5070/D3203021762). PMID: 24656276.
3. Wang TS, Tsai TF. Managing Scalp Psoriasis: An Evidence-Based Review. *Am J Clin Dermatol*. 2017 Feb;18(1):17-43. doi:[10.1007/s40257-016-0222-4](https://doi.org/10.1007/s40257-016-0222-4). PMID: 27650520.
4. Schlager JG, Rosumeck S, Werner RN, Jacobs A, Schmitt J, Schlager C, Nast A. Topical treatments for scalp psoriasis: summary of a Cochrane Systematic Review. *Br J Dermatol*. 2017 Mar;176(3):604-614. doi:[10.1111/bjd.14811](https://doi.org/10.1111/bjd.14811). Epub 2016 Oct 19. PMID: 27312814.

¡En tus manos está la solución!

Miguel Juan Cencerrado, Damián Moreno Mesa, Delia Díaz Ceca, Irene Rivera Ruiz, César Guijarro Sánchez, Juan Luis Sanz Cabanillas

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

Mujer de 42 años que acude a nuestras consultas con lesiones por psoriasis palmar en ambas manos de 3 años de evolución. Ha sido tratada con corticoides tópicos de media y alta potencia en formato pomada, crema y gel sin ninguna mejoría. Se realizan pruebas epicutáneas con resultado negativo para descartar dermatitis de contacto alérgica. Se realiza tratamiento con Wyzora® una aplicación cada 24 horas durante 8 semanas con una resolución total de las lesiones al final del tratamiento y sin recurrencias hasta el momento.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis palmoplantar; Wyzora®

Anamnesis

Mujer de 42 años que acude a nuestras consultas con lesiones por psoriasis palmar en ambas manos de 3 años de evolución. Las lesiones producen prurito y dolor a la manipulación de objetos. Ha sido tratada con corticoides tópicos de media y alta potencia en formato pomada, crema y gel sin ninguna mejoría. Se realizan pruebas epicutáneas con resultado negativo para descartar dermatitis de contacto alérgica. Se realiza tratamiento con Wyzora una aplicación cada 24 horas durante 8 semanas con una resolución total de las lesiones al final del tratamiento y sin recurrencias hasta el momento.

Exploración

Placas eritematodescamativas todos los dedos de la mano y región palmar. Fisuraciones y grietas con dactilitis (**Figura 1**).

Diagnóstico

Psoriasis palmoplantar.

Tratamiento

Se realiza tratamiento con Wyzora una aplicación cada 24 horas durante 8 semanas con una resolución total de las lesiones al final del tratamiento y sin recurrencias hasta el momento.

Evolución

Se observa a las 8 semanas de iniciar el tratamiento con Wyzora una mejoría total de las lesiones y una desaparición de la sintomatología asociada (**Figura 2**).

Conclusión¹

Wyzora es un fármaco seguro y eficaz en pacientes con psoriasis palmoplantar.



FIGURA 1. Placas eritematodescamativas todos los dedos de la mano y región palmar. Fisuraciones y grietas con dactilitis.



FIGURA 2. Mejoría total de las lesiones a las 8 semanas de iniciar el tratamiento con Wyzora®.



Bibliografía

1. Kin KC, Hill D, Feldman SR. Calcipotriene and betamethasone dipropionate for the topical treatment of plaque psoriasis. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016 Jun;9(6):789-97. doi:[10.1080/17512433.2016.1179574](https://doi.org/10.1080/17512433.2016.1179574). Epub 2016 May 13. PMID: 27089906.
2. Megna M, Cinelli E, Camela E, Fabbrocini G. Calcipotriol/betamethasone dipropionate formulations for psoriasis: an overview of the options and efficacy data. *Expert Rev Clin Immunol*. 2020;16(6):599-620. doi:[10.1080/1744666X.2020.1776116](https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1776116)

Wynzora® como tratamiento de psoriasis palmoplantar

Elena Beatriz Sanz Cabanillas¹, Juan Luis Sanz Cabanillas²

¹Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga). ²Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

RESUMEN

Mujer de 68 años fumadora que presenta desde hace unos 6 meses lesiones eritematodescamativas en ambas palmas y plantas que no mejoran a pesar de tratamiento tópico. Se observan placas hiperqueratósicas en ambas plantas con formación de fisuras. En ambas palmas placas redondeadas eritematoqueratósicas no infiltradas. Ante sospecha de psoriasis palmoplantar se pauta Wynzora® crema una vez al día durante 8 semanas. Reevaluamos a la paciente a las 8 semanas con mejoría prácticamente total de las lesiones. Observamos eritema residual y sin signos de actividad de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; palmas; plantas; fumadora

Anamnesis

Mujer de 68 años que es remitida procedente de Urgencias por lesiones eritematodescamativas dolorosas en ambas palmas y plantas de 6 meses de evolución. Ha realizado tratamiento previamente con cremas emolientes y corticoides de baja potencia sin mejoría. No refiere dolor articular en manos ni en zona axial. No afectación ungueal. La paciente explica que tiene dificultad para realizar actividades de la vida diaria como vestirse o ir a la compra.

Antecedentes personales: HTA, DMNID, sobrepeso, hiperuricemia. Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora habitual de 10 cigarrillos al día desde hace más de 20 años. Medicación: metformina/saxagliptina, alopurinol, olmesartán/amlodipino/hidroclorotiazida. Sin antecedentes familiares de psoriasis.

Exploración

Presenta placas hiperqueratósicas que ocupan la totalidad de ambas plantas junto con formación de fisuras y heridas (**Figura 1**). En ambas palmas presenta placas redondeadas eritematoqueratósicas bien definidas (**Figura 2**). No se observa afectación ungueal. No PASI 5,8. DLQI 18.

Diagnóstico

Psoriasis palmoplantar.

Tratamiento

Wyzora® crema una vez al día durante 8 semanas en zonas afectas.

Se recomienda abandono del hábito tabáquico, seguir alimentación saludable y reducir peso.



Evolución

Reevaluamos a la paciente a las 8 semanas de iniciar el tratamiento. La paciente explica haber obtenido una gran mejoría con el tratamiento pautado. A la exploración se observa eritema residual en ambas palmas y plantas con ausencia de placas hiperqueratóticas y fisuras (**Figuras 3 y 4**). PASI 0,6. DLQI 1.

Conclusión¹⁻³

Las terapias tópicas basadas en esteroides desempeñan un papel importante en la mayoría de los tratamientos para psoriasis leve a moderada. El tratamiento tópico prescrito con mayor frecuencia para adultos es una combinación de dosis fija de calcipotrieno dipropionato de betametasona y que podemos encontrar en diferentes tipos de formulaciones tópicas: crema (Wyzora®), espuma y gel.

Diferentes estudios sugieren superioridad de Wyzora® crema con respecto al mismo principio activo en gel. Estos trabajos destacan una mejora media del DLQI desde el inicio hasta la semana 8 significativamente mejor en el caso de Wyzora® crema que calcipotriol/betametasona gel, de tal forma que la psoriasis no tenía ningún efecto en la vida del paciente (DLQI 0-1) en el 43,8% del grupo tratado con Wyzora® crema y del 34,2% en el caso de calcipotriol/betametasona gel.

En nuestro caso nos encontramos ante una mujer fumadora que padece psoriasis palmoplantar la cual mermaba en gran medida su calidad de vida. La paciente se encontraba desesperanzada pues a pesar de haber probado otros tópicos no había hallado el resultado deseado. Tras indicar la aplicación de Wyzora® crema, la paciente experimentó gran mejoría de su enfermedad y un cambio total en su día a día. Este caso nos muestra la implicación que ostentan tanto el médico como el uso adecuado de Wyzora® crema, un tratamiento que se adapta a las necesidades del paciente, y que tiene la capacidad de mejorar su vida y bienestar.



FIGURA 1. Placas hiperqueratósicas junto con formación de fisuras y heridas.



FIGURA 2. Placas redondeadas eritematoqueratósicas bien definidas.



FIGURA 3. A las 8 semanas de iniciar el tratamiento se observa eritema residual en ambas plantas, con ausencia de placas hiperqueratósicas y fisuras.



FIGURA 4. A las 8 semanas de iniciar el tratamiento se observa eritema residual en ambas palmas, con ausencia de placas hiperqueratósicas.



Bibliografía

1. Praestegaard M, Steele F, Crutchley N. Polyaphron dispersion technology, A novel topical formulation and delivery system combining drug penetration, local tolerability and convenience of application. *Dermatol Ther (Heidelb)* [Internet]. 2022;12(10):2217–31. doi:[10.1007/s13555-022-00794-y](https://doi.org/10.1007/s13555-022-00794-y)
2. Pinter A, Green LJ, Selmer J, Praestegaard M, Gold LS, Augustin M, et al. A pooled analysis of randomized, controlled, phase 3 trials investigating the efficacy and safety of a novel, fixed dose calcipotriene and betamethasone dipropionate cream for the topical treatment of plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2022;36(2):228–36. doi:[10.1111/jdv.17734](https://doi.org/10.1111/jdv.17734)
3. Taylor A, Singh R, Feldman SR. Review of calcipotriene and betamethasone dipropionate cream in the treatment of psoriasis. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2022;10600280221105508. doi:[10.1177/10600280221105508](https://doi.org/10.1177/10600280221105508)

La unión hace la fuerza

Laura Taboada Paz

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (Ferrol, A Coruña).

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad autoinflamatoria que afecta entorno al 2% de la población. Se trata de una entidad de carácter crónico que condiciona gravemente la vida de quienes la padecen. Pese a la aparición de este nuevo arsenal terapéutico, la terapia tópica sigue representando una herramienta básica en el manejo de la psoriasis. Los corticoides tópicos y los análogos de la vitamina D son los principios activos de elección en el manejo de la psoriasis leve o moderada.

En conclusión, la combinación de ambos ha demostrado mayor eficacia y seguridad que su uso en monoterapia.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años con psoriasis grave a tratamiento sistémico con un fármaco anti-TNF. Presenta una lesión única localizada en rodilla derecha resistente a tratamiento. Tras 4 semanas aplicando Wyzora® a diario consigue una resolución completa de la lesión.

En la actualidad disponemos de múltiples tratamientos sistémicos para la psoriasis moderada o grave. Se trata de fármacos con un grado de eficacia muy elevado. Sin embargo, muchos de los pacientes que globalmente responden muy bien, no llegan a alcanzar una remisión completa.

Esto abre una ventana de oportunidad para los tratamientos tópicos en este perfil de pacientes. Su uso combinado con terapias biológicas consigue optimizar el grado de blanqueamiento de pacientes con psoriasis grave, presentándose como un complemento a los mismos.

Todo ello hace que la terapia tópica siga siendo un pilar fundamental y de actualidad en el manejo de la psoriasis, mostrándose Wyzora® como una excelente opción terapéutica.

PALABRAS CLAVE:

psoriasis; tratamiento; tópicos; sistémicos

Anamnesis

La psoriasis es una enfermedad autoinflamatoria que afecta entorno al 2% de la población. Se trata de una entidad de carácter crónico que condiciona gravemente la vida de quienes la padecen.

Esto ha motivado la investigación sobre sus mecanismos etiopatogénicos, lo que ha supuesto la aparición de múltiples fármacos biológicos que han cambiado drásticamente el curso de la enfermedad. Pese a la aparición de este nuevo arsenal terapéutico, la terapia tópica sigue representando una herramienta básica en el manejo de la psoriasis.

Los corticoides tópicos y los análogos de la vitamina D son los principios activos de elección en el manejo de la psoriasis leve o moderada. Los corticoides ejercen un efecto inmunomodulador y antiproliferativo. El en caso de los análogos de la vitamina D el mecanismo concreto de su eficacia no está esclarecido, pero se le atribuye principalmente a la acción antiproliferativa que ejercen sobre los queratinocitos.

Entre los efectos secundarios de ambos fármacos nos encontramos que análogos de la vitamina D pueden resultar irritantes y los corticoides tópicos a largo plazo generan atrofia cutánea. Su uso combinado disminuye estos efectos indeseables mejorando la tolerabilidad de los análogos de la vitamina D y “ahorrando” la cantidad de corticoides aplicada.

Por otra parte, con la aplicación de corticoides tópicos obtenemos una respuesta más rápida y con los análogos de la vitamina D tendremos más en ver estos efectos, pero presentan una acción más prolongada en el tiempo. Esto hace de su combinación un tratamiento con una respuesta rápida y mantenida en el tiempo.

En conclusión, la combinación de ambos ha demostrado mayor eficacia y seguridad que su uso en monoterapia.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años con psoriasis de unos 3 años de evolución a seguimiento en primaria que ha tratado de forma puntual con corticoides tópicos e inhibidores de la calcineurina.

Exploración

Desde hace 3 meses presenta empeoramiento de la clínica con placas más extensas e infiltradas que afectan a codos y rodillas que no responde a tratamiento tópico.

Diagnóstico

Dada su extensión, se solicita un estudio analítico completo y es derivada a la consulta monográfica de psoriasis para valorar tratamiento sistémico dónde se decide introducir un fármaco anti-TNF.

Tratamiento

A los 6 meses la paciente mantiene una buena respuesta global con gran mejoría de su cuadro clínico, pero con una placa en rodilla derecha resistente al tratamiento (**Figura 1**).

Evolución

Decidimos añadir Wyzora® 1 aplicación diaria en dicha localización, obteniendo una excelente respuesta tras 4 semanas de aplicación (**Figura 2**).

Conclusión¹⁻⁵

En la actualidad disponemos de múltiples tratamientos sistémicos para la psoriasis moderada o grave. Se trata de fármacos con un grado de eficacia muy elevado. Sin embargo, muchos de los pacientes que globalmente responden muy bien, no llegan a alcanzar una remisión completa.

Esto abre una ventana de oportunidad para los tratamientos tópicos en este perfil de pacientes. Su uso combinado con terapias biológicas consigue optimizar el grado de blanqueamiento de pacientes con psoriasis grave, presentándose como un complemento a los mismos.

Todo ello hace que la terapia tópica siga siendo un pilar fundamental y de actualidad en el manejo de la psoriasis, mostrándose Wyzora® como una excelente opción terapéutica.



FIGURA 1. A los 6 meses de tratamiento se observa gran mejoría de su cuadro clínico, pero con una placa en rodilla derecha resistente al tratamiento.



FIGURA 2. Tras 4 semanas de añadir tratamiento con Wyzora®, se observa una excelente respuesta en rodilla derecha.



Bibliografía

1. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. Clin Med [Internet]. 2021;21(3):170–3. doi:[10.7861/clinmed.2021-0257](https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0257)
2. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Hancock H. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013;(3):CD005028. doi:[10.1002/14651858.CD005028.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005028.pub3)
3. Ashcroft DM, Po AL, Williams HC, Griffiths CE. Systematic review of comparative efficacy and tolerability of calcipotriol in treating chronic plaque psoriasis. BMJ [Internet]. 2000;320(7240):963–7. doi:[10.1136/bmj.320.7240.963](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7240.963)
4. Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, Fernández-López E, Fuertes A, Rodríguez-Fernández-Freire L, et al. Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2009;100(3):190–200. doi:[10.1016/s0001-7310\(09\)70534-4](https://doi.org/10.1016/s0001-7310(09)70534-4)
5. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: A review: A review. JAMA [Internet]. 2020;323(19):1945–60. doi:[10.1001/jama.2020.4006](https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006)