almirall
feel the science

DERMA CONCURSO DE POSTERS EXPERIENCIAS 2024



Queratosis actínica

▼Klisyri®

Psoriasis

Ilumetri®

Wynzora®

Skilarence®

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas adversas asociadas a este medicamento.

© Almirall, 2024.
Todos los derechos reservados.
Libro Digital
ISBN: 978-84-128593-3-1

Klisyri®

1 Cuando hay queratosis actínicas que tratar... pero la paciente desea que el remedio no se haga notar 6

2 Menor irritación y mejor calidad de la piel con tirbanibulina tópica. 7

3 Reacción - acción con tirbanibulina 8

4 Experiencia en práctica clínica real con Klisyri®: serie de casos en un hospital de la provincia de Alicante. 9

5 Resultado satisfactorio con tirbanibulina: una serie de 8 pacientes. 10

6 Signo del iceberg y fotodaño como marcador de respuesta a Klisyri® 11

7 Tratamiento de queratosis actínicas con Tirbanibulina (Klisyri®): Eficacia, tolerancia y adherencia. Descripción de 3 casos.. 12

8 Lesión pigmentada facial: reto diagnóstico y terapéutico 13

9 Doctor, me ha dejado la cabeza como la de un bebé 14

10 Tirbanibulina: facilitando la vida al paciente.. 15

11 8-0 para Klisyri® 16

12 Cuando ya no había esperanza... llegó Klisyri® 17

13 Una pareja de jovenzuelos.... 18

14 Doctora ¡la crema que quema no! Tirbanibulina para el tratamiento de las queratosis actínicas. 19

15 ¿Temor a reacciones cutáneas desmedidas? La solución: ¡ha llegado Klisyri®!. 20

16 Klisyri®: un futuro más allá de la queratosis actínica 21

17 Tirbanibulina: aclaramiento de léntigos y algo más.. 22

18 Queratosis actínica refractaria. Tirbanibulina al rescate. 23

19 Klisyri® al rescate: reducción de queratosis actínicas nasales mediante un enfoque innovador de tratamiento dermatológico. 24

20 Uso de tirbanibulina en área periocular 25

Klisyri®

21 Cuando la irritación no es una opción, tirbanibulina al rescate. 26

22 Klisyri® en la práctica real: control de campo de cancerización en paciente con antecedente de cáncer cutáneo no melanoma 27

23 Klisyri® en pacientes dependientes: cuando la eficacia, seguridad y comodidad juegan un papel clave. 28

24 Queratosis actínica en dorso nasal con excelente respuesta a tirbanibulina 1% tópica 29

25 Klisyri® utilidad en pacientes con antecedentes de patología cutánea inflamatoria y/o fotodermatosis. 30

26 Tirbanibulina tópica: un aliado efectivo en la lucha contra el campo de cancerización en pacientes inmunodeprimidos. 31

27 Tirbanibulina: la pesadilla de las queratosis actínicas 32

28 ¡Por fin acabo con mis queratosis actínicas sin dolor! 33

29 Alta adherencia terapéutica y muy buena tolerancia. 34

30 Revolucionando el manejo de las queratosis actínicas con tirbanibulina: una opción eficaz, segura y confortable 35

31 Tirbanibulina simplificando el tratamiento de las queratosis actínicas 36

32 El camino menos doloroso. Nueva era en el tratamiento de la queratosis actínica. 37

33 Tirbanibulina en paciente inmunodeprimido: una alternativa cómoda, segura y eficaz 38

34 Queratosis solares faciales resistentes y persistentes tratadas de forma satisfactoria con tirbanibulina tópica 39

35 Excelente respuesta a tirbanibulina en queratosis actínicas recalcitrantes 40

36 Eficacia de la pomada de tirbanibulina 1% (Klisyri®) en la resolución de queratosis actínicas desde el punto de vista clínico y estético 41

37 Queratosis actínicas resistentes tratadas con Tirbanibulina 42

Klisyri®

38 Tirbanibulina: nuevos horizontes en el tratamiento de las queratosis actínicas 43

39 Tirbanibulina elimina la lesión con mayor tolerancia y adherencia 44

40 Pacientes con pabellón auricular despegado: importancia del diagnóstico y tratamiento de queratosis actínicas en esta localización 45

41 Queratosis Actínicas: Tirbanibulina, un Enfoque Eficaz, Sencillo y Seguro. 46

42 Tirbanibulina en el tratamiento de la queratosis actínica en paciente receptor de trasplante de órgano sólido 47

43 Uso de tirbanibulina tópica en queratosis actínicas de cuero cabelludo 48

44 Un nuevo tratamiento tan efectivo como sencillo: Klisyri® 49

45 En lesiones resistentes, prueba un mecanismo diferente 50

46 Manejo de queratosis actínica en trabajador fotoexpuesto 51

47 Respuesta eficaz de Tirbanibulina en el tratamiento de queratosis actínicas faciales: presentación de un caso 52

48 Uso de Tirbanibulina en queratosis actínicas de pirámide nasal con buena tolerancia y respuesta. 53

49 Tirbanibulina: una alternativa cómoda, segura y efectiva en el tratamiento de las queratosis actínicas. 54

50 Un cuero cabelludo renovado 55

51 Eficacia de la Tirbanibulinatópica como tratamiento de Queratosis Actínicas: a propósito de un caso. 56

52 Tirbanibulina en pomada en el tratamiento de la queratosis actínica: por el paciente, con el paciente y contra la displasia. 57

53 Tirbanibulina tópica para queratosis actinicas en pirámide nasal 58

Cuando hay queratosis actínicas que tratar… pero la paciente desea que el remedio no se haga notar

Victoria Ortiz Berciano[1], Irene Sánchez Gutiérrez[1], Lucía Turrión Merino[1], Gastón Roustan Gullón[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid, España)

INTRODUCCIÓN

Klisyri®, tirbanibulina al 1%, es un inhibidor de microtúbulos primero en su clase, de aplicación tópica con un mecanismo de acción antiproliferativo selectivo. Representa un importante avance en el tratamiento de la queratosis actínica gracias a, entre otros, su eficacia probada y a su buen perfil de seguridad, sumado a la corta pauta de tratamiento con una tolerabilidad local muy aceptable. Por ello, se presenta el caso de una paciente con queratosis actínicas faciales que realiza tratamiento con dicho fármaco.

ANAMNESIS

Mujer de 80 años, natural de España, con antecedentes personales relevantes de dislipemia e hipotiroidismo. Se encuentra en seguimiento en Dermatología en nuestro hospital por un carcinoma epidermoide de bajo riesgo en zona frontal, extirpado recientemente. Además de dicha cirugía la paciente había sido tratada en varias ocasiones con crioterapia y terapia fotodinámica por múltiples queratosis actínicas.

La paciente acude a su revisión y nos comenta su gran preocupación por el resultado estético de la cicatriz del epidermoide. Por otro lado, refiere que han aparecido unas nuevas lesiones rasposas en ambas mejillas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, la paciente presenta un fototipo de Fitzpatrick II, rubia de ojos claros. La cicatriz del carcinoma epidermoide se encontraba en buen estado sin signos de recidiva ni hipertrofia.

No obstante, se observaban en ambas regiones preauriculares, lesiones tipo pápulas eritematosas hiperqueratósicas con patrón en fresa a la dermatoscopia, compatibles con queratosis actínica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Explicamos a la paciente el diagnóstico de queratosis actínicas y la necesidad de realizar un tratamiento, pero la paciente tiene un recuerdo desfavorable de la reacción adversa que tuvo en el pasado con la terapia fotodinámica y además mostraba gran preocupación por los resultados estéticos.

Por ello, se decide conjuntamente realizar tratamiento de campo con Klisyri®. De este modo, se pauta tirbanibulina 1% pomada, 1 sobre una vez al día durante 5 días consecutivos. Tras finalizar el tratamiento de una de las mejillas, inició el de la contralateral.

Acudió a su revisión tras dos meses desde la finalización del tratamiento de ambas zonas y pudimos observar como las lesiones habían desaparecido. La paciente refería haber tolerado bien el fármaco y consideraría usar tirbanibulina de nuevo.



Figura 1. Imágenes del antes (izquierda) y después (derecha) del tratamiento con Klisyri® de la zona preauricular derecha



Figura 2. Imágenes del antes (izquierda) y después (derecha) del tratamiento con Klisyri® de la zona preauricular izquierda

CONCLUSIONES

En primer lugar, y más importante desde el punto de vista Dermatológico, destacar la eficacia del tratamiento con Klisyri®, tanto en las lesiones visibles como en el campo de cancerización.
Por otro lado, la pauta posológica sencilla, fácil de realizar y de corta duración favorece la adherencia y así maximiza la obtención de los resultados clínicos esperados.
Y, por último, y lo más relevante para nuestra paciente, recalcar el buen perfil de seguridad y la óptima tolerabilidad que no causa reacción cutánea grave ni permanente, sin comprometer el bienestar.

Bibliografía:

1. Blauvelt A, et al. Phase 3 Tirbanibulin for Actinic Keratosis Group. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021 Feb 11;384(6):512-520.
2. Schlesinger T, et al. Clinician and Patient Reported Outcomes with Tirbanibulin 1% Treatment for Actinic Keratosis in Routine Clinical Practice Across the US (PROAK Study). SKIN The Journal of Cutaneous Medicine. 2023;7(3):771-787.

Menor irritación y mejor calidad de la piel con tirbanibulina tópica

Pablo Fernández-Crehuet Serrano, José Luis Fernández-Crehuet Serrano
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba Clínica Fernández-Crehuet de Córdoba

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con tirbanibulina tópica al 1% (Klisyri®), ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para las queratosis actínicas. La eficacia demostrada y el menor efecto irritante que otros como el imiquimod 3’5% y 5% y la cómoda posología hace que sea una buena opción terapéutica en pacientes de edad avanzada[1].

ANAMNESIS

Paciente polimedicado, de 80 años en seguimiento por Dermatología, que acude por presentar múltiples queratosis actínicas faciales y en cuero cabelludo. Destaca una en zona malar, próxima a una cicatriz previa de un carcinoma basocelular extirpado con bordes libres 1 año antes. Entre sus antecedentes cutáneos, destaca la extirpación de varios carcinomas basocelulares faciales, fotoenvejecimiento grave y queratosis actínicas tratadas con diclofenaco sódico, ingenol mebutato, crioterapia e imiquimod tópicos. El paciente vive solo y un familiar acude a prepararle comida y asearlo una vez al día.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, se apreciaban queratosis actínicas múltiples y lentigos solares en cara y cuero cabelludo. La lesión referida se encontraba a menos de medio centímetro de la cicatriz de la cirugía previa (figura 1)

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El paciente rehusó repetir tratamientos previos por haberle causado gran quemazón y heridas. Dada la mala calidad de la piel de la zona intervenida y la solicitud de algún tratamiento alternativo que permitiera un correcto cumplimiento, se indicó Klisyri® una aplicación por la noche durante 5 días. Al mes del tratamiento, se apreció resolución de las queratosis actínicas y mejoría clara de la cicatriz previa y de la calidad de la piel adyacente (figura 2).



Figura 1. Queratosis actínica próxima a cicatriz previa en región malar derecha



Figura 2. Resolución de queratosis actínica malar y mejoría de textura de piel adyacente tras el tratamiento con tirbanibulina tópica al 1% durante 5 días

CONCLUSIONES

La tirbanibulina tópica al 1% es una alternativa eficaz y segura en pacientes con queratosis actínicas, suponiendo una alternativa menos irritante que otros tratamientos tópicos. Tiene la ventaja de precisar sólo 5 días de tratamiento con una única aplicación diaria, lo que favorece su cumplimiento, especialmente en personas dependientes. Además, se ha demostrado que mejora la calidad y las discromías presentes en pacientes con daño solar crónico e intervenciones quirúrgicas previas[2].

BIBLIOGRAFÍA:

1. Schlesinger T, Kircik L, Lebwohl M, Patel VA, Berman B, Bhatia N, Rigel D, Armstrong A, Rosso JD, Narayanan S, Koscielny V. Patient- and Clinician-Reported Outcomes for Tirbanibulin in Actinic Keratosis in Clinical Practice Across the United States (PROAK). J Drugs Dermatol. 2024 May 1;23(5):338-346
2. Li Pomi F, Peterle L, d'Aloja A, Di Tano A, Vaccaro M, Borgia F Anti-aging Effects of Tirbanibulin 1% Ointment: A Real-Life Experience. Dermatol Ther (Heidelb). 2024 May 14.

Reacción - acción con tirbanibulina

Corbí Llopis, M Rosa
UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas pueden ser consideradas como una patología crónica que precisa seguimiento y abordaje con múltiples tratamientos. Con frecuencia, los pacientes con queratosis actínicas presentan otros signos cutáneos asociados al daño actínico crónico como lentigos solares, arrugas finas, etc… en la piel donde asientan las queratosis.

Tirbanibulina crema se ha posicionado como una herramienta novedosa para tratar queratosis actínicas debido con elevada eficacia, excelente tolerancia y cómoda posología. Además, recientemente se le han atribuido también beneficios cosméticos.

ANAMNESIS

Mujer de 67 años con fototipo II e historia de exposición solar recreativa intensa durante toda su vida desde la primera infancia.

Como antecedentes personales dermatológicos destaca la presencia de poroqueratosis actínica superficial diseminada en zona dorsal alta y raíz de miembros superiores, varios carcinomas basocelulares superficiales en tronco tratados con crioterapia y también queratosis actínicas faciales tratadas con diclofenaco y sesiones de crioterapia.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En ambas mejillas se aprecian lesiones eritematosas no infiltradas levemente rasposas, clínica y dermatoscópicamente compatibles con queratosis actínicas junto con lentigos solares (Fig 1A y 2A). Se calculó AKASI 0,6 en cada mejilla.

Puesto que ya había sido tratada con diclofenaco y crioterapia, como tercera línea de tratamiento se decide instaurar tirbanibulina crema según ficha técnica para tratar las queratosis actínicas. Dada la extensión de las zonas a tratar se acuerda tratar primero la mejilla izquierda y después la derecha.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Al 5º día del tratamiento con tirbanibulina presenta intenso eritema y descamación (Fig 1B y 2B) aunque solo leve sensación de tirantez. Dicha reacción se intensifica en el día 8 (Fig 1C y 2C) por lo que se indica tratamiento con crema emoliente dos veces al día y fotoprotección.

Evolución con mejoría progresiva del componente inflamatorio y en el día 60 se no presenta ninguna queratosis actínica en las zonas tratadas. Se observa aclaramiento de la piel y reducción de la profundidad de las arrugas (Fig 1D y 2D).

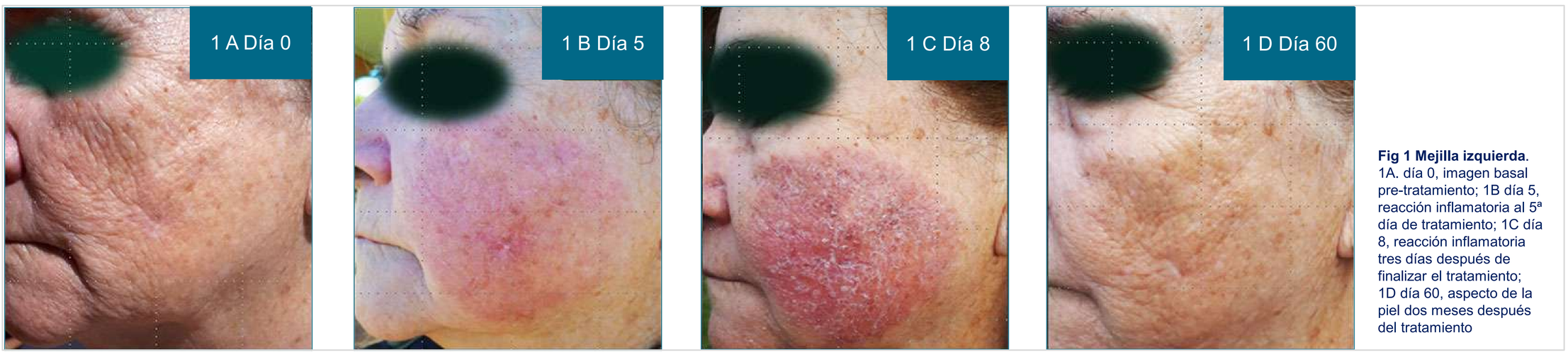


Fig 1 Mejilla izquierda. 1A. día 0, imagen basal pre-tratamiento; 1B día 5, reacción inflamatoria al 5ª día de tratamiento; 1C día 8, reacción inflamatoria tres días después de finalizar el tratamiento; 1D día 60, aspecto de la piel dos meses después del tratamiento



Fig 2 Mejilla derecha. 2A. día 0, imagen basal pre-tratamiento; 2B día 5, reacción inflamatoria al 5ª día de tratamiento; 2C día 8, reacción inflamatoria tres días después de finalizar el tratamiento; 2D día 60, aspecto de la piel dos meses después del tratamiento

CONCLUSIONES

En este caso llama la atención, además de la intensa reacción inflamatoria, la excelente respuesta clínica y cosmética con mejoría de los signos de fotoenvejecimiento. Este efecto antienvejecimiento ha sido reportado recientemente, atribuyéndose al efecto pro-apoptótico de la tirbanibulina.

Esta observación preliminar necesita confirmación adicional en estudios en cohortes más grandes de pacientes, así como más estudios moleculares para explicar los mecanismos patogénicos responsables de estos resultados estéticos tan llamativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fidanzi C, Bevilacqua M, Salvia G, Romanelli M, Janowska A. Tirbanibulin and solar lentigo clearance: an aesthetically pleasing side effect? Int J Dermatol. 2024 Apr;63(4):528-529.
2. Li Pomi F, Peterle L, d'Aloja A, Di Tano A, Vaccaro M, Borgia F. Anti-aging Effects of Tirbanibulin 1% Ointment: A Real-Life Experience. Dermatol Ther (Heidelb). 2024 May 14. doi: 10.1007/s13555-024-01178-0. Epub ahead of print.

PALABRAS CLAVE: **tirbanibulina, fotoenvejecimiento, daño actínico crónico**

Experiencia en práctica clínica real con Klisyri®: serie de casos en un hospital de la provincia de Alicante.

Martí Pons Benavent
Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy (Alicante).

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas (QA) constituyen carcinomas epidermoides (CE) in situ. Se estima que un 8% de todas las QA progresan a CE invasor y que el riesgo individual de que una QA progrese a CE es del 0,075%, por ello, resulta necesario tratar las QA.[1] Los tratamientos de las QA consisten en terapias físicas (crioterapia, láser), tratamientos tópicos, terapia fotodinámica y cirugía.[2] La tirbanibulina es un fármaco de aplicación tópica aprobado para el tratamiento de las QA no hipertróficas ni hiperqueratósicas en cara y cuero cabelludo.[3] Su mecanismo de acción consiste, por una parte, en la inhibición de la formación de microtúbulos y, por otra parte, en la inhibición de las tirosin quinasas Src, resultando en una interferencia con la proliferación y supervivencia celular, así como en la transición epitelio-mesénquima, la angiogénesis y la migración celular.[4]

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo la evaluación de la eficacia y seguridad de la tirbanibulina tópica en una cohorte de pacientes con QA en cara y cuero cabelludo, considerando el porcentaje de resolución de las lesiones en distintos momentos evolutivos, así como el grado de reacción local.

MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo en 12 pacientes con QA grados no hipertróficas ni hiperqueratósicas (2 mujeres y 10 hombres) con una edad media de 78 años. Las características demográficas de los pacientes se recogen en la **Tabla 1**. Todos los pacientes presentaban lesiones en región facial o cuero cabelludo y habían recibido previamente crioterapia y otro tratamiento tópico o terapia fotodinámica. La tirbanibulina se administró una vez al día, durante 5 días consecutivos.

RESULTADOS

La eficacia se evaluó mediante la determinación del porcentaje de resolución de las lesiones a la exploración física. Los tiempos de seguimiento variaron en un rango de 7 a 63 días, con una media de 23.41 días y una mediana de 14 días. En todos los casos se observó algún grado de mejoría de las QA. Se observaron porcentajes de resolución de QA del 25%, 50% y 75% en un 41.7%, un 33.3% y un 25% de los casos, respectivamente. Se observó una buena correlación entre las QA y un mayor porcentaje de aclaramiento de las lesiones. La **Figura 1** muestra la evolución de todos los pacientes incluidos en el estudio antes y después del tratamiento con tirbanibulina.

Ningún paciente presentó ninguna reacción adversa que no consistiera en una reacción local en el sitio de aplicación. Tres de los pacientes no presentaron ningún grado de reacción local, dos pacientes presentaron reacciones locales intensas que requirieron tratamiento con corticoides tópicos y el resto de los pacientes presentaron reacciones locales leves que resolvieron sin tratamiento en pocos días. No se observó correlación entre la gravedad de las QA y la intensidad de la reacción local.

Caso	Sexo y edad (años)	Antecedentes	Localización
1	M72	Cáncer de páncreas Insuficiencia cardiaca	Cuero cabelludo
2	M83	Cáncer de próstata	Cuero cabelludo
3	M85	CBC Cáncer de recto	Dorso nasal
4	M87	CBC	Cuero cabelludo
5	M67	Esclerosis múltiple	Frente y sienes
6	M82	-	Cuero cabelludo y sienes
7	F81	CBC	Frente
8	M77	Adenoma paratiroideo	Sienes
9	F83	Cáncer de vejiga	Preauricular y frente
10	M91	CBC, CEC	Frente y mejillas
11	M75	CBC Cáncer de próstata	Frente y mejillas
12	M56	-	Cuero cabelludo

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio. CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma epidermoide cutáneo; F: femenino; M: masculino.



Figura 1. Evolución de los pacientes incluidos en el estudio (imágenes antes y después del tratamiento con tirbanibulina).

CONCLUSIONES

Los pacientes con QA requieren tratamientos periódicos, eficaces y bien tolerados.
La tirbanibulina es un fármaco aprobado en el tratamiento de las QA con un mecanismo de acción innovador, selectivo y reversible.
La tirbanibulina se posiciona como tratamiento de campo de cancerización ofreciendo una pauta posológica corta y cómoda, además de notables resultados en términos de eficacia y seguridad.

Bibliografía:

1. Ko CJ. Actinic keratosis: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010 May-Jun;28(3):249-53.
2. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66
3. Klisyri®. Ficha técnica del medicamento. Centro de información online de medicamentos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) [consultado 21 Ene 2024]. Disponible en: https://cima.aemps.es
4. Serrels B, Serrels A, Mason SM, Baldeschi C, Ashton GH, Canel M, Mackintosh LJ, Doyle B, Green TP, Frame MC, Sansom OJ, Brunton VG. A novel Src kinase inhibitor reduces tumour formation in a skin carcinogenesis model. Carcinogenesis. 2009 Feb;30(2):249-57.

Resultado satisfactorio con tirbanibulina: una serie de 8 pacientes

Marina Senent Valero[1], **Noelia Jara Rico**[1], **Verónica Sánchez García**[1], **José Bañuls**[1]
[1]Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas (QA) aparecen sobre áreas de piel con daño actínico crónico, mayoritariamente en cara y cuero cabelludo y la principal causa es la exposición crónica a la radiación solar. En Europa, el 34% de hombres y el 18% de mujeres mayores de 70 años tiene QA. En España, la prevalencia se encuentra entorno al 30% a partir de los 45 años, siendo la región geográfica de mayor prevalencia la costa mediterránea (31,4%), seguido del Sur (28,1%) y del Norte (27,5%). El diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para evitar su progresión a carcinoma escamoso invasivo[1,2].

ANAMNESIS

Presentamos una serie de casos de 6 varones y 2 mujeres con QA, con edades comprendidas entre los 65 y los 87 años, que han sido tratados con Klisyri®.
La localización más frecuente ha sido la frente, seguida del cuero cabelludo.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El diagnóstico ha sido clínico y se ha corroborado mediante el uso de la dermatoscopia.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Todos los pacientes han sido tratados con Klisyri® un sobre al día durante un total de 5 días. Las reacciones adversas han sido leves, en forma de eritema y descamación superficial y más frecuentes en el día 8 postratamiento. En todos los casos las lesiones han desaparecido por completo a los 57 días postratamiento.



Figura 1. Paciente 1. La imagen izquierda corresponde con el día 1 de tratamiento, la imagen central con el día 8 postratamiento y la imagen derecha día 57 postratamiento.



Figura 2. Paciente 2. Imagen izquierda (D1), imagen central (D8), imagen derecha (D57).



Figura 3. Paciente 3. Imagen izquierda (D1), imagen central (D8), imagen derecha (D57).



Figura 4. Paciente 4. Imagen izquierda (D1), imagen central (D8), imagen derecha (D57).



Figura 5. Paciente 5. Imagen izquierda (D1), imagen central (D8), imagen derecha (D57).



Figura 6. Paciente 6.



Figura 7. Paciente 7.



Figura 8. Paciente 8.

CONCLUSIONES

La **tirbanibulina (Klisyri®)** es una opción segura y eficaz para el tratamiento de las queratosis actínicas. Presenta buena tolerabilidad y un perfil de seguridad favorable, que favorece la adherencia terapéutica.

Bibliografía:
1. Ferrándiz C, Plazas MJ, Sabaté M, Palomino R, EPIQA Study Group. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2016;107(8):674–80
2. Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez A, Guillén-Barona C, Belinchón-Romero I, Redondo-Bellón P, et al. Spanish adaptation of the European guidelines for the evaluation and treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2014;105(4):378–93.

Signo del iceberg y fotodaño como marcador de respuesta a Klisyri®

Daniel Blaya Imbernón, Malena Finello, Rodrigo Peñuelas Leal, Carolina Labrandero Hoyos, Andrés Grau Echevarría y Pablo Hernández Bel
Servicio de Dermatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas (QA) son lesiones precancerosas que aparecen comúnmente en áreas expuestas al sol, como la cara, el cuero cabelludo, los brazos y las piernas. Estas lesiones suelen coexistir con otros daños fotoinducidos, como lentigos solares e hipomelanosis *guttata*. El diagnóstico clínico de QA es sencillo, y la clasificación de Olsen permite su estadificación. Tirbanibulina (Klisyri®) está indicada para el tratamiento tópico de QA no hiperqueratósica y no hipertrófica en la cara o el cuero cabelludo en adultos, ofreciendo una opción terapéutica segura, bien tolerada y eficaz.

ANAMNESIS

Presentamos el caso de un varón de 75 años con antecedentes de diabetes, hipertensión y dislipemia. Este paciente, en seguimiento tras la extirpación de un carcinoma basocelular en la punta nasal y tratamiento previo de queratosis actínicas con crioterapia y terapia fotodinámica, acudió a consulta para recibir los resultados de Anatomía Patológica, los cuales indicaron márgenes de resección libres de infiltración tumoral. Durante la consulta, su hija informó la aparición de lesiones azuladas en el cuero cabelludo.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La exploración reveló un cuero cabelludo intensamente fotodañado, con lesiones hiper e hipopigmentadas y rasposas al tacto, de coloración azulada (Figura 1). La dermatoscopia mostró un patrón en fresa con zonas de descamación hiperqueratósica, áreas blanco-amarillentas y otras de color azul ártico, conocido como "signo del iceberg" (Figura 3). Se descubrió que el paciente usaba un champú azul para cabellos canosos, diagnosticándose queratosis actínicas neglectas por pigmento exógeno.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se prescribió Klisyri® para aplicar una vez al día durante 5 días consecutivos en un área fija marcada. En la visita de control a las 6 semanas, el paciente mostró buena tolerancia al tratamiento sin efectos secundarios significativos. La exploración reveló la desaparición de las lesiones azuladas y una notable mejoría en el fotodaño del área tratada, contrastando claramente con las zonas no tratadas, donde persistían lesiones azuladas y máculas hipo e hiperpigmentadas (Figura 2).



Figura 1. Exploración del cuero cabelludo mostrando lesiones hiper e hipopigmentadas, con áreas azuladas visibles, indicativas del "signo del iceberg" debido al uso de champú azul para cabellos canosos.



Figura 2. Área tratada con Klisyri® a las 6 semanas, evidenciando la desaparición de las lesiones azuladas y una notable mejoría en el fotodaño, en contraste con las zonas no tratadas donde persisten las lesiones pigmentadas.

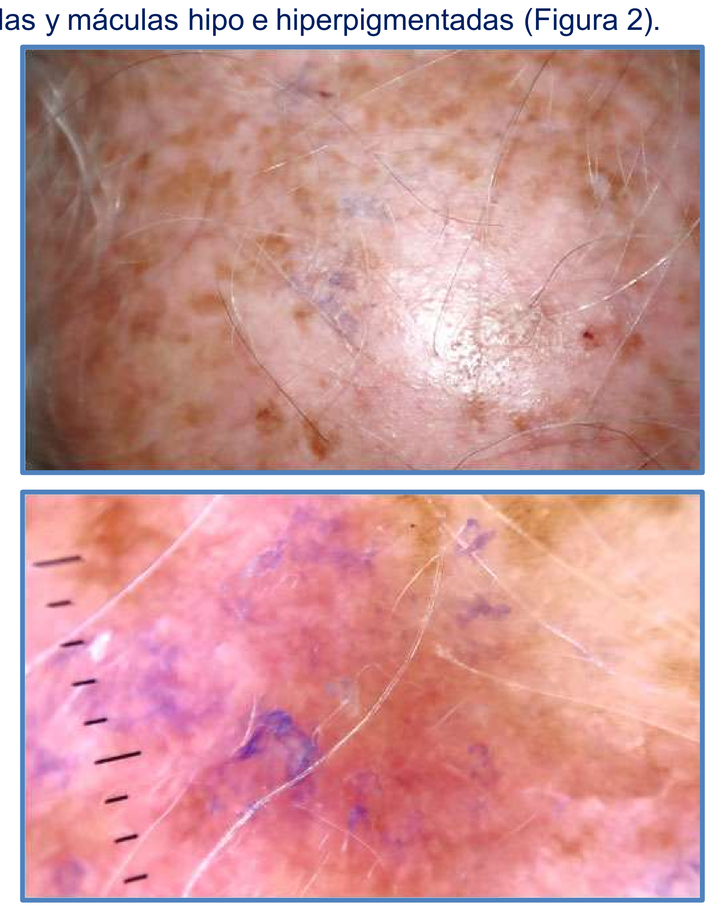


Figura 3. Detalle de las lesiones y dermatoscopia del cuero cabelludo mostrando un patrón en fresa con zonas de descamación hiperqueratósica y áreas blanco-amarillentas junto con el distintivo color azul ártico del "signo del iceberg".

CONCLUSIONES

Las queratosis actínicas se palpan mejor que se ven, y a veces el registro fotográfico no captura adecuadamente la respuesta al tratamiento. El "signo del iceberg" describe una coloración azul ártica en la superficie de la queratosis actínica, causada por pigmentación exógena debido a productos como protectores solares o champús para cabellos canosos. Estas queratosis actínicas pigmentadas exógenamente se conocen como queratosis actínicas neglectas. Este caso destaca la eficacia de Klisyri® no solo en la eliminación del signo del iceberg, sino también en la mejora general del fotodaño cutáneo. Klisyri® demostró ser un tratamiento seguro, bien tolerado y altamente efectivo, logrando resultados visibles y mejorando significativamente la calidad de vida del paciente. Además, su fácil aplicación y breve duración del tratamiento lo convierten en una opción preferente para pacientes con QA no hiperqueratósica y no hipertrófica.

Bibliografía:

1. Mir-Bonafé JF, Mir-Bonafé M, Mozos A, López-Sánchez C, Piquero-Casals J, de Dios-Velázquez Á, et al. Iceberg sign in actinic keratosis neglecta caused by toning shampoo for blonde and White Hair. International Journal of Dermatology. 2019 Nov 13;59(3). doi:10.1111/ijd.14717
2. Mir-Bonafé JF, Rozas-Muñoz E, Dalmau J, Mir-Bonafé M, Iznardo H, García-Melendo C, et al. Iceberg sign as a dermoscopic clue of actinic keratosis neglecta. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2019 Apr 15;33(7). doi:10.1111/jdv.15484
3. Pellacani G, Schlesinger T, Bhatia N, Berman B, Lebwohl M, Cohen JL, et al. Efficacy and safety of tirbanibulin 1% ointment in actinic keratoses: Data from two phase-III Trials and the real-life clinical practice presented at the European Academy of Dermatology and Venereology Congress 2022. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2023 Dec 20;38(S1):3–15. doi:10.1111/jdv.19636
4. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S, et al. Phase 3 trials of Tirbanibulin ointment for actinic keratosis. New England Journal of Medicine. 2021 Feb 11;384(6):512–20. doi:10.1056/nejmoa2024040
5. Fidanzi C, Bevilacqua M, Salvia G, Romanelli M, Janowska A. Tirbanibulin and Solar Lentigo clearance: An aesthetically pleasing side effect? International Journal of Dermatology. 2024 Feb 2;63(4):528–9. doi:10.1111/ijd.17054

Tratamiento de queratosis actínicas con Tirbanibulina (Klisyri®): Eficacia, tolerancia y adherencia. Descripción de 3 casos.

Anne Barrutia-Borque
Servicio de Dermatología, Hospital de Urduliz, Bizkaia

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es motivo de consulta frecuente en la consulta en dermatología, llegando a representar hasta un 5-6% de los pacientes atendidos. Su prevalencia está en aumento debido a la mayor esperanza de vida y por los cambios de hábitos de exposición solar acontecidos desde mediados del siglo pasado. QA y carcinoma epidermoide invasivo cutáneo (CEIC) tienen en común la atipia de los queratinocitos y las alteraciones genéticas, entre las que destacan las mutaciones del gen supresor tumoral p53, considerado el «guardián del genoma». Por lo tanto, es importante considerar a la QA como un marcador de riesgo para que el paciente desarrolle un CEIC en las mismas áreas fotoexpuestas, así como realizar tratamiento del «campo de cancerización», referido a aquel tejido adyacente a la QA con capacidad potencial de desarrollar QA y CEIC. La Tirbanibulina (Klisyri®) se presenta como un tratamiento novedoso para queratosis actínicas.

ANAMNESIS

Se presentan 3 casos de pacientes con queratosis actínicas.
Paciente 1: Mujer de 75 años, sin antecedentes de interés, consulta por lesión eritematosa, palpable, pruriginosa, localizada en el lado derecho de dorso nasal, que no ha desaparecido ni mejorado a pesar de tratamientos previos (crioterapia (CT), con cicatriz hipopigmentada secundaria, y diclofenaco tópico).
Paciente 2: Mujer de 73 años en seguimiento por alopecia androgenética avanzada y por queratosis actínicas en cuero cabelludo que requieren tratamiento con CT, diclofenaco e imiquimod tópicos en varias ocasiones.
Paciente 3: Varón de 79 años, lleva varios años de seguimiento por queratosis actínicas en frente. Hasta ahora ha recibido tratamiento con CT en varias ocasiones y utiliza diclofenaco tópico durante 3 meses en 2 tandas al año.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Paciente 1: placa eritematosa, rugosa, levemente hiperqueratósica, sobre halo de hipopigmentación cicatricial en lado derecho de dorso nasal. Además, se palpa una pequeña rugosidad eritematosa en zona malar bajo cola de ceja derecha. Impresión diagnóstica: queratosis actínica; grande nasal y pequeña malar.
Paciente 2: múltiples placas eritematosas, rugosas, algunas de ellas algo hiperqueratósicas, distribuidas por el cuero cabelludo en zona frontal, parietal y occipital. El resto del cuero cabelludo presenta lentigos solares y rugosidad generalizada, así como halos hipopigmentados secundarios a CT previas. Impresión diagnóstica: múltiples queratosis actínicas y campo de cancerización en cuero cabelludo. **Paciente 3:** múltiples placas eritematosas y rugosas en frente, asociadas a daño cutáneo fotoinducido en forma de lentigos solares e hipomelanosis *gutatta*. La piel de la frente en general se palpa seca y rugosa. Impresión diagnóstica: múltiples queratosis actínicas y campo de cancerización en frente.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

En los tres casos descritos se prescribe Klisyri®, 1 sobre de dosis única para uso individual, 1 vez al día durante 5 días consecutivos. El área tratada en todos ellos es de aproximadamente 25 cm^2. A todos los pacientes se les valora al cabo de 6, 13 y 51 días.
Paciente 1: tratamiento sobre 2 queratosis actínicas. Efectos secundarios leves, bien tolerados, se aprecia eritema y costras melicéricas al cabo de 1 semana de iniciar el tratamiento, mejorando al cabo de 2 y desapareciendo al cabo de 6 semanas. Las lesiones han disminuido de tamaño, de intensidad y no se palpa ninguna rugosidad.
Paciente 2: tratamiento sobre varias queratosis actínicas en cuero cabelludo (4 pequeñas frontales y 1 grande occipital). Efectos secundarios más llamativos, sensación urente referida por la paciente, con objetivación de eritema y formación de pequeñas heridas al cabo de 1 semana, que mejoran al cabo de 2 y desaparecen al cabo de 6. Las lesiones han disminuido de tamaño, de intensidad y presentan textura suave.
Paciente 3: tratamiento sobre varias queratosis actínicas pequeñas en frente. Efectos secundarios escasos, bien tolerados, se objetiva eritema al cabo de 1 semana, que mejora al cabo de 2 y que, sorprendentemente, empeora al cabo de 5 semanas. Interrogando al paciente descubrimos que ha aplicado diclofenaco tópico sin haber consultado, lo cual parece haber aumento el efecto irritativo de la tirbanibulina. Al cabo de 1 semana la irritación ha mejorado sustancialmente y las lesiones se objetivan disminuidas de tamaño, y la textura de la frente muy suave.

CONCLUSIONES

- Es necesario tratar las queratosis actínicas por su relación con el carcinoma epidermoide cutáneo invasivo, así como el campo de cancerización.
- Tirbanibulina (Klisyri®) es un tratamiento tópico fácil de aplicar, cómodo y con buena adherencia.
- El tratamiento con Klisyri® produce escasos efectos adversos (irritación leve, eritema, picor, erosiones) bien tolerados por los pacientes.
- La eficacia de Klisyri® se demuestra en forma de remisión de las QA, disminución de su tamaño, disminución de la intensidad de eritema y mejora en la textura de la piel.



Figura 1. Exploración basal de la paciente 1 y exploración al cabo de 1, 2 y 6 semanas de iniciado el tratamiento.

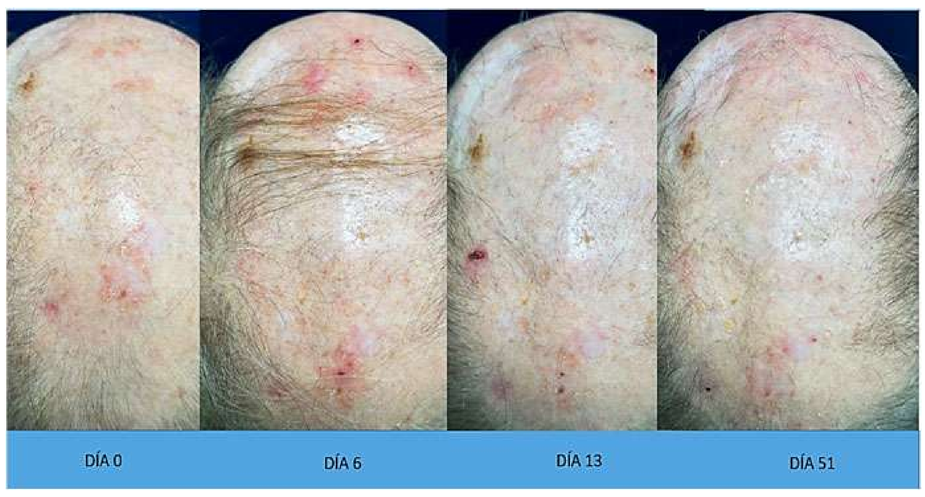


Figura 2. Exploración basal de la paciente 2 y exploración al cabo de 1, 2 y 6 semanas de iniciado el tratamiento.



Figura 3. Exploración basal del paciente 3 y exploración al cabo de 1, 2 y 5 semanas de iniciado el tratamiento.



Figura 4. Exploración basal del paciente 3 y exploración al cabo de 1, 2 y 6 semanas de iniciado el tratamiento.

Bibliografía:

1. Actinic keratosis: New concept and therapeutic update. **Carmena-Ramón R**, Mateu-Puchades A, Santos-Alarcón S, Lucas-Truyols S.**Carmena-Ramón R**, et al. Aten Primaria. 2017 Oct;49(8):492-497. doi: 10.1016/j.aprim.2017.01.004. Epub 2017 Apr 17
2. **Tirbanibulin**: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of **actinic keratosis**. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT.Gilaberte Y, et al. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66. doi: 10.1016/j.ad.2021.07.006. Epub 2021 Aug 2.Actas Dermosifiliogr. 2022. PMID: 35249711
3. **Treatment** of **actinic keratosis**: a systematic review. Worley B, Harikumar V, Reynolds K, Dirr MA, Christensen RE, Anvery N, Yi MD, Poon E, Alam M.Worley B, et al. Arch Dermatol Res. 2023 Jul;315(5):1099-1108. doi: 10.1007/s00403-022-02490-5. Epub 2022 Dec 1.

Lesión pigmentada facial: reto diagnóstico y terapéutico

Francisco José Navarro Triviño[1], Sara María González Peregrina[2]
[1] Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada
[2] Unidad Provincial de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN

Las lesiones pigmentadas localizadas en el área facial suponen un reto diagnóstico importante, incluso para aquellos dermatólogos con cierta experiencia en dermatoscopia. Aunque existen patrones dermatoscópicos descritos para las distintas entidades (lentigo solar, queratosis seborreica, lentigo maligno, carcinoma basocelular pigmentado, etc.), en ocasiones es necesario realizar una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico antes de prescribir cualquier tratamiento. Esto último es importante dado que puede influir en la evolución y pronóstico, si nos encontramos frente a lesiones melanocíticas malignas.

ANAMNESIS

Mujer de 72 años que consultó a través de teleconsulta por una lesión pigmentada en mejilla derecha de 6 meses de evolución. En la descripción del caso mediante teleconsulta se describió como una lesión asintomática, de crecimiento lento y pigmentación rápida, sin ulceración. Entre los antecedentes personales destacó la exposición solar crónica secundaria al trabajo en el campo, sin uso de fotoprotección tópica. Previa a la realización de la teleconsulta la paciente había recibido dos ciclos de crioterapia sin mejoría.

El diagnóstico mediante teleconsulta fue de lentigo solar con recomendaciones básicas de fotoprotección y observación domiciliaria. La paciente acudió de forma privada a un dermatólogo que diagnosticó la lesión de queratosis actínica pigmentada. Se prescribió el tratamiento tópico con 5-FU 4% crema una vez al día durante 21 días.

La ausencia de mejoría tras el tratamiento motivó a la paciente a acudir de nuevo a su médico de atención primaria, realizando nueva teleconsulta. En este momento, la paciente fue citada presencialmente en nuestra consulta.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se observó una mácula pigmentada de bordes difusos y centro hiperqueratósico. La dermatoscopia mostró un fondo marrón pigmentado claro con aperturas foliculares respetadas. Los bordes finalizaban de forma difusa y en áreas aisladas se observó un aumento de la pigmentación (Figura 1). Dada la situación clínica y la no respuesta a tratamientos previos se realizó una biopsia punch para estudio histopatológico de la lesión. La anatomía patológica fue compatible con queratosis actínica pigmentada (Figura 2).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se indicó tratamiento con tirbanibulina 1% pomada (Klisyri)® una aplicación diaria durante 5 días. Los cuidados adyuvantes fueron la limpieza de la zona y la aplicación de fotoprotección en barra durante el día. La reacción inflamatoria local fue leve-moderada, con buena tolerancia (referida por la paciente), sin interferir en las actividades cotidianas.

La revisión a los 14 días mostró una mejoría clínica y dermatoscópica evidentes (Figura 3). Al persistir la pigmentación local, se realizó nueva biopsia cutánea de control (Figura 4).

Se recomendó la reaplicación de tirbanibulina 1% pomada (Klisyri)® una aplicación diaria durante 5 días para eliminar los queratinocitos atípicos aislados observados en la biopsia de control post-tratamiento.

La paciente fue dada de alta con medidas de fotoprotección básicas y observación activa domiciliaria.

CONCLUSIONES

Tirbanibulina 1% pomada es un tratamiento eficaz, seguro y bien tolerado en el tratamiento de las queratosis actínicas pigmentadas, incluso en aquellas que no han mostrado respuesta al 5-FU 4% crema.

Las lesiones pigmentadas faciales son un reto diagnóstico y terapéutico que en ocasiones requiere de estudio histopatológico para confirmar la sospecha clínica, así como para comprobar la respuesta terapéutica en casos complejos como este.

Bibliografía:

1. Gouda G, Pyne J, Dicker T. Pigmented Macules on the Head and Neck: A Systematic Review of Dermoscopy Features. Dermatol Pract Concept. 2022;12(4):e2022194.
2. Abudu B, Calame A, Cohen PR. Pigmented Actinic Keratosis: Case Report and Review of an Uncommon Actinic Keratosis Variant that can Mimic Melanoma. Cureus. 2019;11(5):e4721.
3. Schlesinger T, Kircik L, Lebwohl M, Patel VA, Berman B, Bhatia N, Rigel D, Armstrong A, Rosso JD, Narayanan S, Koscielny V. Patient- and Clinician-Reported Outcomes for Tirbanibulin in Actinic Keratosis in Clinical Practice Across the United States (PROAK). J Drugs Dermatol. 2024;23(5):338-346.

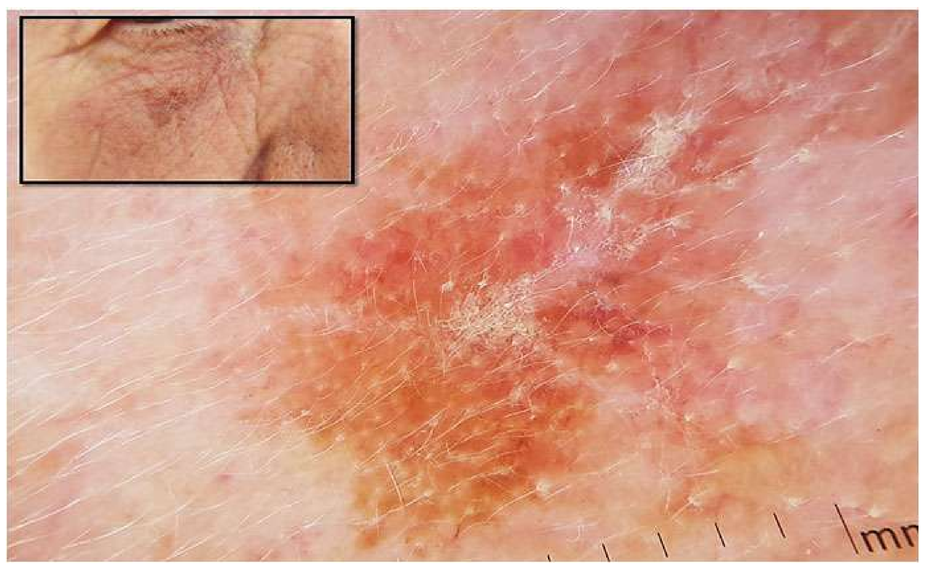


Figura 1. Mácula pigmentada de bordes difusos en mejilla derecha. Dermatoscopia (Dermlite 4): fondo pigmentado marrón claro con área hiperpigmentada. La pigmentación respeta las aperturas foliculares. En el centro se observa una estructura blanca compatible con hiperqueratosis.

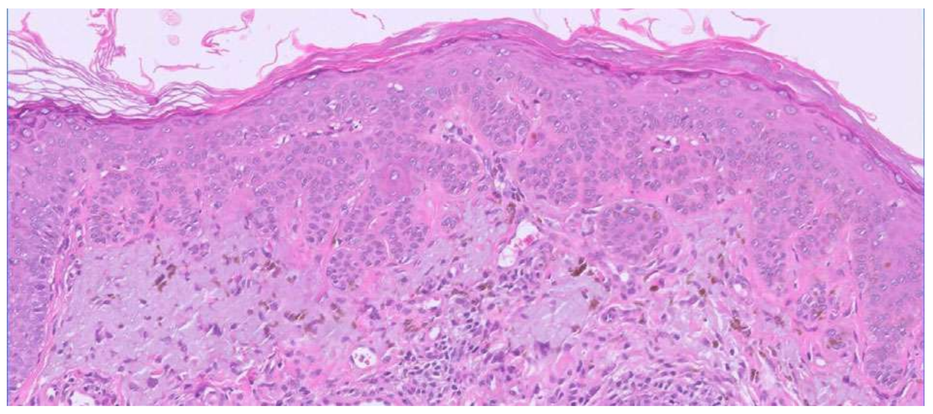


Figura 2. Epidermis acantótica con elongación de crestas, palidez nuclear y leve atipia citológica en estrato basal y espinoso. Elastosis solar en dermis, moderado infiltrado inflamatorio e incontinencia pigmentaria (melanófagos) (H&E 20x).



Figura 3. Pigmentación marrón homogénea compatible con lentigo solar. Leve hiperqueratosis central. Ausencia de ulceración ni otros datos clínicos ni dermatoscópicos que sugieran persistencia de queratosis actínica

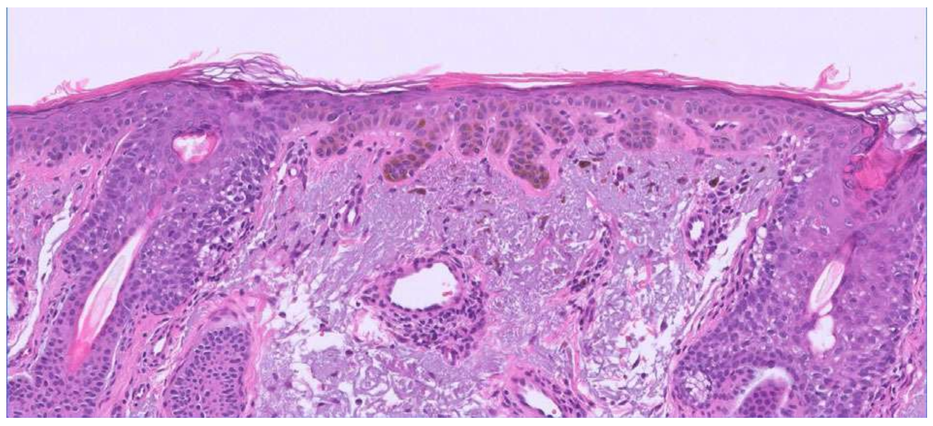


Figura 4. Lesión que combina queratosis actínica y lentigo solar. Aumento de pigmento melánico predominantemente en la punta de las crestas epidérmicas elongadas (lentigo solar). Disminución del espesor de la epidermis con respecto a biopsia previa. Aislados queratinocitos con leve atipia nuclear. Hiperqueratosis compacta focal.

Doctor, me ha dejado la cabeza como la de un bebé

Aina Vila-Payeras, Marta Cantarero-Gutiérrez, Vicenç Rocamora-Duran, Beatriz González-Llavona, Marta Pascual-López, Mª Concepción Sánchez-Bermejo y María Inmaculada Guilarte-Pages.
Servicio de Dermatología, Hospital de Manacor (Illes Balears)

INTRODUCCIÓN

Klisyri® (tirbanibulina) es un novedoso inhibidor de microtúbulos, de aplicación tópica con un mecanismo de acción antiproliferativo selectivo. Representa un importante avance en el tratamiento de la queratosis actínica (QA) gracias a su corto protocolo de tratamiento farmacológico —una aplicación al día durante 5 días—, a su eficacia probada y a su perfil de seguridad, con una tolerabilidad local muy aceptable.

ANAMNESIS, EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Presentamos el caso de un varón de 79 años, fototipo II de Fitzpatrick, con antecedente de carcinoma basocelular en 2022 remitido desde atención primaria por queratosis actínicas en el cuero cabelludo (Figura 1). Ya había sido tratado en otras ocasiones con crioterapia y diclofenaco tópico. El paciente refería no utilizar fotoprotector de manera habitual y empeoramiento de la sensación de “costras” en el cuero cabelludo desde hacía unos meses.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se estableció el diagnóstico de queratosis actínicas en el cuero cabelludo de predominio en la zona del vertex se procedió a la aplicación de tirbanibulina (Klisyri ®) tópica durante 5 noches consecutivas y fotoprotección tópica diaria. A la visita de seguimiento a los 2 meses (Figura 2) era notable la resolución de las queratosis actínicas, sin reacciones adversas y con excelente satisfacción por parte del paciente.



Figura 1. Queratosis actínicas finas en cuero cabelludo al inicio del tratamiento

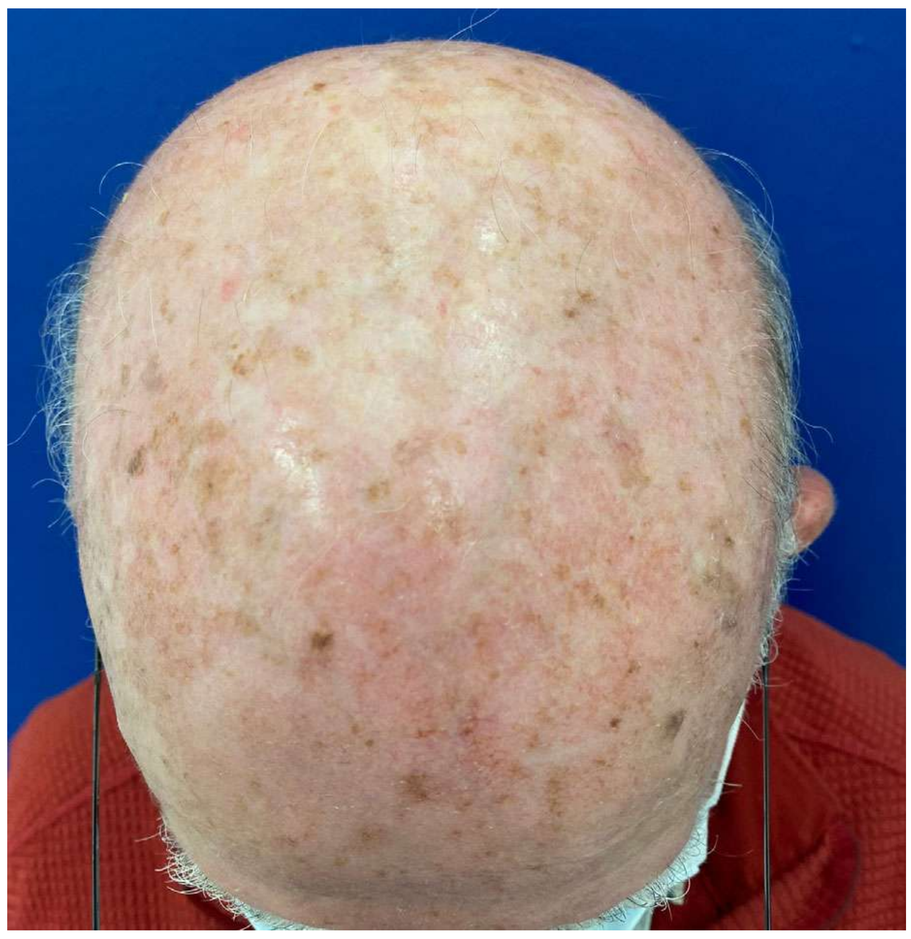


Figura 2. Resolución de las lesiones con buena respuesta clínica a los 2 meses de tratamiento

CONCLUSIONES

La QA es una afección habitual de la piel causada por el daño solar. Se produce sobre todo en las zonas de mayor exposición a la radiación ultravioleta (UV). Su incidencia ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población, a la mayor exposición a los rayos UV y a los cambios en el comportamiento de la sociedad, que se expone en mayor medida al sol, hasta convertirse en una de las enfermedades que diagnostican con más frecuencia los dermatólogos en Europa.

Existen múltiples tratamientos de la QA. Klisyri® es una alternativa tópica, con pauta posológica cómoda y con excelente perfil de seguridad para su tratamiento.

Bibliografía:

1. B. Wu, B. Decourt, M.A. Zabidi, L.T. Wuethrich, W.H. Kim, Z. Zhou, et al. Microtubule-mediated Src tyrosine kinase trafficking in neuronal growth cones. Mol Biol Cell., 19 (2008), pp. 4611-4627 http://dx.doi.org/10.1091/mbc.e08-06-0603 | Medline
2. D. De Berker, J.M. McGregor, M.F. Mohd Mustapa, L.S. Exton, B.R. Hughes. British Association of Dermatologists’ guidelines for the care of patients with actinic keratosis 2017. Br J Dermatol., 176 (2017), pp. 20-43
3. L. Pitzonka, M. Cutler, Y. Bu, A. Blanco, E. Fumero, A. Torra, et al. 65 Tirbanibulin, a novel anti-proliferative and pro-apoptotic agent for the treatment of actinic keratosis. J Invest Dermatol., 141 (2021), pp. S81
4. P. Cramer, E. Stockfleth. Actinic keratosis: Where do we stand and where is the future going to take us?. Expert Opin Emerg Drugs., 25 (2020), pp. 49-58

Tirbanibulina: facilitando la vida al paciente

Laura Parra-Navarro, Sonia Segura-Tigell
Hospital del Mar, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas (QA) son lesiones cutáneas premalignas causadas por exposición crónica a radiación UV que afectan sobre todo a individuos de edad avanzada y fototipo claro. Se trata de máculas o pápulas de color rojo-rosado, color piel o pigmentadas, aplanadas o hiperqueratósicas incluso llegando a formar cuernos cutáneos. Pueden ser únicas o múltiples en contexto de campo de cancerización y se localizan en áreas fotoexpuestas. La relevancia clínico-pronóstica radica en su riesgo de evolución a carcinoma escamoso (CE), hasta 20% según algunos estudios[1]. Por ello, su tratamiento adecuado es clave en la prevención de CE[2].

Existen múltiples posibilidades terapéuticas incluyendo productos tópicos, crioterapia, terapia fotodinámica y cirugía[1]. Sin embargo, destacamos el fármaco de reciente aprobación, tirbanibulina 1% en pomada por su cómoda posología (1 aplicación al día durante 5 días), la cual garantiza una buena adherencia terapéutica[3]. Se trata de un agente antiproliferativo y antitumoral que actúa en la señalización de la quinasa Src, inhibiendo la formación de microtúbulos[4]. Este fármaco ha demostrado buena eficacia y seguridad para el tratamiento de QAs no hiperqueratósicas/hipertróficas de la cara y el cuero cabelludo en adultos[3-5]. Presentamos un caso de experiencia propia con dicho producto en una QA pigmentada facial.

ANAMNESIS

Mujer 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Niega antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni toma de medicación de forma habitual. Acude a consulta derivada del ambulatorio por una lesión pigmentada en el ángulo mandibular derecho de más de 10 años de evolución con crecimiento lento y progresivo que en los últimos meses había presentado cambio de color y ocasionaba prurito.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, se objetiva una mancha pigmentada de 30x40 mm de diámetro máximo de contorno irregular (figura 1). Por epiluminiscencia, se observan 2 colores (marrón claro y gris) con patrón anular granular difuso y alguna área de regresión central (figura 2).

Se planteó el diagnóstico diferencial entre queratosis actínica pigmentada, regresión liquenoide de un lentigo solar y lentigo maligno. Se practicó una biopsia punch de 4 mm que mostraba cambios compatibles con queratosis actínica pigmentada con signos de displasia moderada epitelial. El estudio de inmunohistoquímica para Melan A/Ki67 descartó la presencia de una proliferación melanocítica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras el diagnóstico histológico, se consensuó con la paciente el inicio de tratamiento con tirbanibulina al 1% en pomada (1 aplicación al día durante 5 días). A los 2 días de tratamiento, presentó una reacción inflamatoria moderada que no impidió completar el ciclo.

En el control a los 2 meses del tratamiento, se observó una notable mejoría de la lesión con una reducción significativa de su extensión y pigmentación respecto a la iconografía previa (figura 3). En el estudio de dermatoscopia, persistía una leve pigmentación grisácea y áreas con puntos azul-grises (*peppering)* de aspecto residual (figura 4). La paciente continúa realizando controles anuales de daño actínico en nuestras consultas, sin evidencia de recidiva tras 2 años del tratamiento.

CONCLUSIONES

Las QAs son lesiones premalignas frecuentes y recurrentes, secundarias a exposición solar crónica. Clínicamente, son máculas o placas rojo-rosadas, color piel o pigmentadas, planas o hiperqueratósicas en áreas fotoexpuestas. En ausencia de tratamiento, pueden evolucionar a CE hasta en el 20% de los casos. De ahí la importancia de un adecuado manejo de esta patología. Existen numerosas posibilidades terapéuticas entre las que destaca tirbanibulina 1% pomada por su buen perfil de eficacia y seguridad y su cómoda posología que facilita la adherencia al tratamiento.



Figura 1. Iconografía clínica al diagnóstico

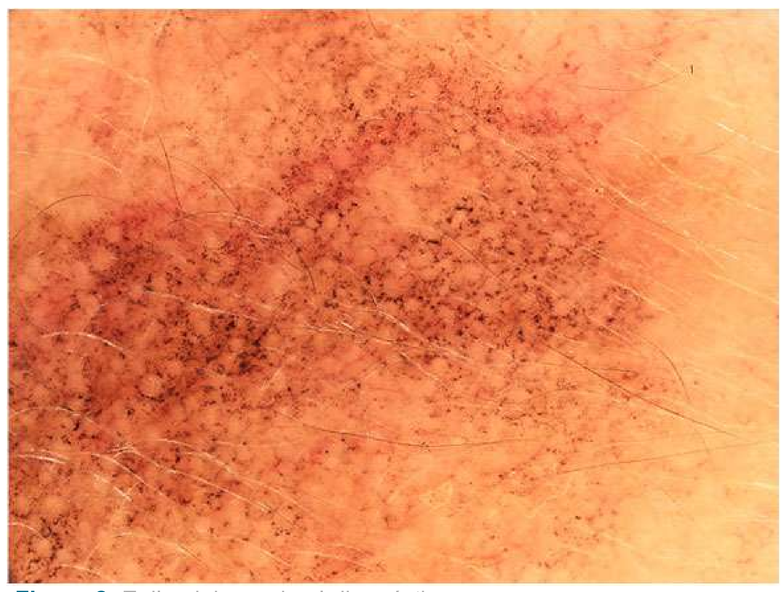


Figura 2. Epiluminiscencia al diagnóstico



Figura 3. Iconografía tras tratamiento con tirbanibulina



Figura 4. Explicación de la figura 4

Bibliografía:

1. Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, Connolly SM, Dellavalle RP, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis. J Am Acad Dermatol. 2021;85(4):e209-33.
2. Stockfleth E. The paradigm shift in treating actinic keratosis: a comprehensive strategy. J Drugs Dermatol. 2012;11(12):1462-7.
3. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021;384(6):512-20.
4. Miller AC, Adjei S, Temiz LA, Tyring SK. Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis: A Review. Skin Therapy Lett. 2022;27(4):4-7.
5. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr.2022;113:58-66.

8-0 para Klisyri®

Alejandro Tomás Esteban Escudero
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 63 años que presentaba 8 queratosis actínicas y signos de fotodaño en la zona preauricular izquierda, el cual tras tratamiento con Klisyri® (tirbanibulina) presentó resolución completa de las lesiones.

ANAMNESIS

Paciente varón de 63 años sin alergias medicamentosas ni otros antecedentes de interés, que acude a consulta para revisión de daño actínico, habiendo sido tratado previamente con crioterapia de lesiones individuales sugerentes de queratosis actínicas.
Se quejaba de "rasposidades" en varias zonas de la cara que le molestaban al tacto.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente **presentaba 8 queratosis actínicas,** confirmadas mediante dermatoscopia de luz polarizada en un área de 25 cm^2 en la zona de la sien y zona preauricular izquierdas (Figura 1). No había infiltración local en ninguna de ellas.



Figura 1. Pueden apreciarse marcadas con rotulador dermográfico en un área de 5x5 cm, 8 queratosis actínicas en zona de sien izquierda y zona preauricular izquierda.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se valoraron conjuntamente con el paciente las diferentes opciones terapéuticas existentes[1] para estas lesiones que, en caso de no ser tratadas, pueden derivar en carcinoma escamoso. El paciente no quería utilizar alternativas con gran reacción local, dado que un familiar suyo había tolerado muy mal este tipo de tratamientos.
Dada la comodidad de la posología y la inferior reactividad local, se decidió tratamiento Klisyri® pomada (tirbanibulina)[2–4] durante 5 noches seguidas. Con ello presentó una **resolución total de las lesiones** (Figura 2)**,** con un cumplimiento adecuado del tratamiento y escasas reacciones adversas locales.

CONCLUSIONES

Klisyri® (tirbanibulina) pomada es un tratamiento **efectivo** para las queratosis actínica.
Tiene una posología **cómoda** que tan solo necesita de **5 aplicaciones**.
Sus efectos **secundarios locales son menores** que otras alternativas terapéuticas existentes en el tratamiento de esta patología. Por tanto, puede utilizarse en pacientes con malas experiencias previas a otros tratamientos tópicos.



Figura 2. En la revisión tras tratamiento con Klisyri® durante 5 días, el paciente no presentaba ninguna lesión en la zona tratada, además de poder apreciarse una mejora de calidad textural y del fotodaño de la piel.

Bibliografía:
1.Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, Connolly SM, Dellavalle RP, Freeman EE, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis. J Am Acad Dermatol. octubre de 2021;85(4):e209-33.
2.Dao DPD, Sahni VN, Sahni DR, Balogh EA, Grada A, Feldman SR. 1% Tirbanibulin Ointment for the Treatment of Actinic Keratoses. Ann Pharmacother. abril de 2022;56(4):494-500.
3.Miller AC, Adjei S, Temiz LA, Tyring SK. Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis: A Review. Skin Therapy Lett. julio de 2022;27(4):4-7.
4.Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022;15:2495-506.

Cuando ya no había esperanza…llegó Klisyri®

Adrián Ballano Ruiz, Francisco Rubio Aguilera, Elena Gil de la Cruz, Nuria Barrientos Pérez, José Domingo Domínguez Auñón
Hospital Universitario del Henares (Coslada)

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas son lesiones premalignas con una prevalencia entorno al 30% a partir de los 45 años, siendo la radiación ultravioleta la principal causa de las mismas. El campo de cancerización hace referencia al área de piel perilesional que presenta las mismas alteraciones o mutaciones genéticas que la lesión propia de la queratosis actínica y, por lo tanto, el mismo riesgo de malignizar. Los diferentes tratamientos disponibles en el manejo de esta patología inciden en diferentes vías patogénicas que llevan a la proliferación descontrolada del queratinocito, siendo no tan infrecuente los casos de resistencia al seleccionar clústeres de células que escapan a alguna de estas vías. La tirbanibulina es el primer inhibidor de la polimerización de la tubulina, produciendo una muerte por apoptosis de los queratinocitos proliferativos, vía hasta ahora no explorada con los tratamientos convencionales disponibles.

ANAMNESIS

Presentamos el caso de un varón de 78 años, sin antecedentes de interés, con historia de daño actínico extenso en cuero cabelludo y cáncer cutáneo no melanoma intervenido en 2 ocasiones previas, que acude de nuevo a nuestras consultas para valoración, habiendo recibido en los últimos años tratamientos tópicos con imiquimod, diclofenaco, 5-fluorouracilo, terapia fotodinámica, a pesar de todo ello el paciente experimentaba una recidiva precoz de todas sus lesiones.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se apreciaba un daño actínico extenso en todo el cuero cabelludo, con lesiones focalmente muy hiperqueratósicas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió instaurar tratamiento previo queratolítico con vaselina salicílica un mes y posteriormente aplicación de Klisyri® según ficha técnica en dos ciclos para asegurar la cobertura total del cuero cabelludo. La valoración a los 60 días resultó en un aclaramiento completo de todas las lesiones, sin recidiva a 24 semanas de seguimiento. El paciente no experimentó ningún tipo de efecto adverso durante ni después del tratamiento, salvo un eritema prácticamente asintomático.

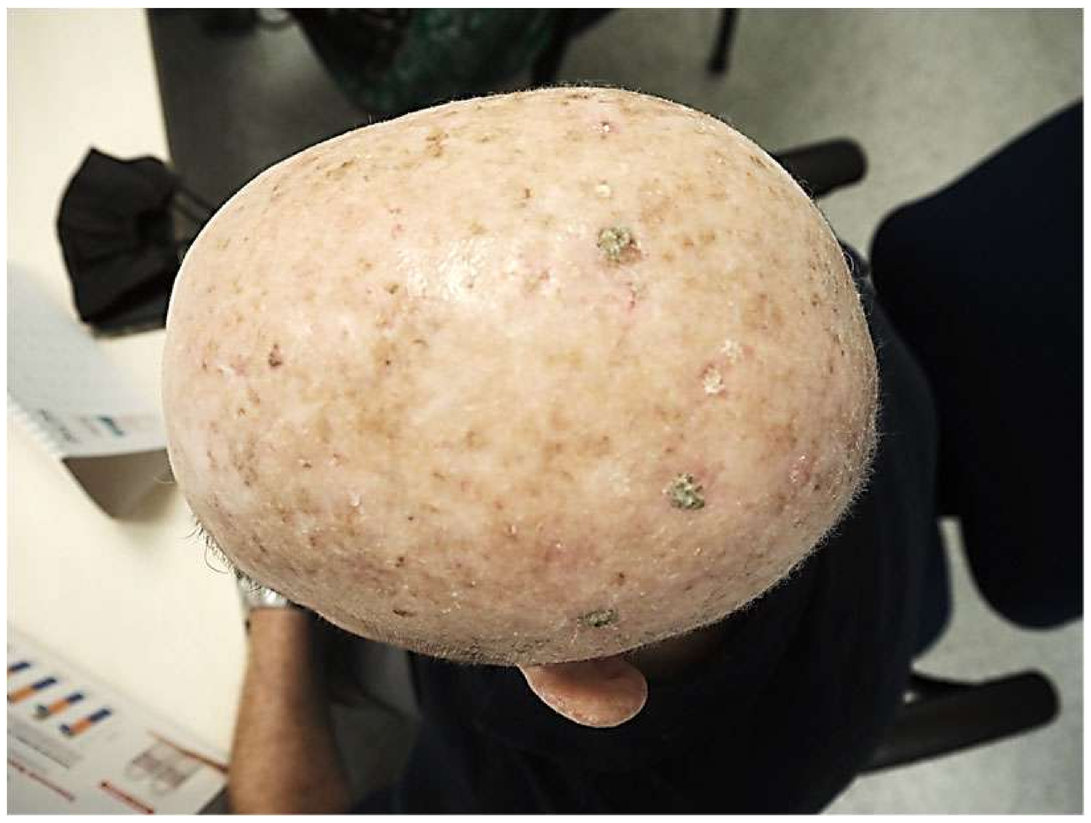


Figura 1. Exploración basal pre tratamiento



Figura 2. Respuesta completa a 60 días post tratamiento

CONCLUSIONES

Presentamos el caso de un paciente multirresistente a varias líneas de tratamiento convencionales que experimentó una respuesta completa sostenida a las 24 semanas de seguimiento tras la aplicación de tirbanibulina, por lo que podríamos resaltar su excelente eficacia con un perfil de seguridad de lo más ventajoso.

Bibliografía

1. Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022 Nov 16;15:2495-2506. doi: 10.2147/CCID.S374122. PMID: 36415541; PMCID: PMC9675993.
2. Kirchberger MC, Gfesser M, Erdmann M, Schliep S, Berking C, Heppt MV. Tirbanibulin 1% Ointment Significantly Reduces the Actinic Keratosis Area and Severity Index in Patients with Actinic Keratosis: Results from a Real-World Study. J Clin Med. 2023 Jul 22;12(14):4837. doi: 10.3390/jcm12144837. PMID: 37510952; PMCID: PMC10381110.

Una pareja de jovenzuelos…



Miguel Mansilla-Polo[1,2], Daniel Martín-Torregrosa[1,2], Carlos Pérez-Abril[1,2], Rafael Botella-Estrada[1,2,3]
[1]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España.
[2]Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe. Valencia, España.
[3]Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia, España.

INTRODUCCIÓN

Las **queratosis actínicas (QA)** constituyen **uno de los principales problemas dermatológicos** y cuya importancia radica en su posible evolución a carcinoma cutáneo de células escamosas (CSSC). Existen múltiples fármacos y técnicas utilizadas tanto para el manejo de las lesiones como para el tratamiento de campo. Recientemente, se ha añadido **tirbanibulina (Klisyri®)** a este arsenal terapéutico.[1,2]

ANAMNESIS

Una pareja de 74 y 69 años, respectivamente hombre y mujer, acudió a la consulta dermatológica por el mismo motivo: costras en la cabeza refractarias. Habían sido tratadas por su médico de familia con crioterapia y diclofenaco tópico los últimos 2 años, con respuesta parcial. No presentaban antecedentes de interés dermatológicos o no dermatológicos.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración (**Figura 1, columna izquierda**), se apreciaban múltiples pápulas en frente y cuero cabelludo en ambos pacientes. Abarcando un área aproximada de 25 cm^2.

Con estas lesiones, se llegó al diagnóstico de **queratosis actínicas.**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Con este diagnóstico, se inició tratamiento con **Tirbanibulina tópica (Klisyri®)** 5 días continuos por la noche.

Los pacientes reportaron una **mejoría rápida** (sin lesiones a los 20-25 días) y sostenida en el tiempo. En la revisión de la semana 12 (**Figura 1, columna derecha**), ambos pacientes presentaban una **resolución casi completa** de las lesiones. No reportaron efectos secundarios. La **satisfacción con el fármaco** fue de 9/10 y 10/10 respectivamente, y ambos dijeron incluso que **“se veían más jóvenes”.**



Figura 1. Lesiones iniciales (columna izquierda) y a las 12 semanas de tratamiento con Tirbanibulina (Klisyri®).
(a) Aclaramiento completo de un varón de 74 años con 9 queratosis actínicas a nivel frontal, 5 de ellas hiperqueratósicas.
(b) Eliminación de la mayoría de las lesiones en una mujer de 69 años con múltiples queratosis actínicas en la frente y la cara, la mayoría de ellas hiperqueratósicas. Persistencia de lesión infrapalpebral derecha, región donde no se había aplicado tratamiento.

CONCLUSIONES

1. **Tirbanibulina (Klisyri®)** constituye un **tratamiento eficaz, seguro y satisfactorio** para el tratamiento de las lesiones y del campo de cancerización en pacientes con **queratosis actínicas en la cara y el cuero cabelludo**.

2. Posiblemente, y como se evidencia en esto casos clínicos, el tratamiento de campo con Tirbanibulina, como efecto secundario, ayude al **“rejuvenecimiento” de la piel** a modo de peeling o tratamiento anti-*aging*.

Bibliografía:
1. Memon AA, Tomenson JA, Bothwell J, Friedmann PS. Prevalence of solar damage and actinic keratosis in a Merseyside population. Br J Dermatol. 2000;142(6):1154-9.
2. Gutzmer R, Wiegand S, Kölbl O, Wermker K, Heppt M, Berking C. Actinic Keratosis and Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. Dtsch Arztebl Int. 2019 13;116(37):616-626.

Doctora ¡la crema que quema no! Tirbanibulina para el tratamiento de las queratosis actínicas.

Júlia Mercader Salvans, María Luisa Santos e Silva Caldeira Marques, Miguel Quetglas Valenzuela, María del Mar Pestana Eliche.
Hospital Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica es una lesión cutánea precancerosa causada por la exposición crónica a la radiación ultravioleta. Representa una preocupación significativa debido a su potencial de progresar a carcinoma de células escamosas.
El tratamiento tópico incluye agentes como el 5-fluorouracilo, imiquimod y diclofenaco. Sin embargo, estos tratamientos a menudo se asocian con efectos adversos que pueden dificultar la adherencia del paciente y por tanto comprometer la efectividad terapéutica.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 77 años que acude remitida por daño solar crónico. La paciente refiere aparición de lesiones faciales ásperas al tacto que a pesar de caerse vuelve a aparecer.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración destacan maculas eritematosas con escama en superficie adherida, que sangran al intentar desprenderla. Además, en la dermatoscopia de contacto se observan rosetas.
Se diagnostica a la paciente de queratosis actínicas faciales.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

La paciente reporta una mala experiencia con el uso tópico de imiquimod debido a la severa reacción cutánea que incluso le impide completar los ciclos de tratamiento. Tras una consulta detallada, se le explican las diversas opciones terapéuticas disponibles, considerando los efectos adversos de cada una. Finalmente, se decide optar por tirbanibulina al 1% durante 5 días, debido a su sencilla posología y la menor reacción cutánea asociada. A las 8 semanas de seguimiento, la paciente muestra una resolución completa de las lesiones y una muy buena tolerancia al tratamiento.

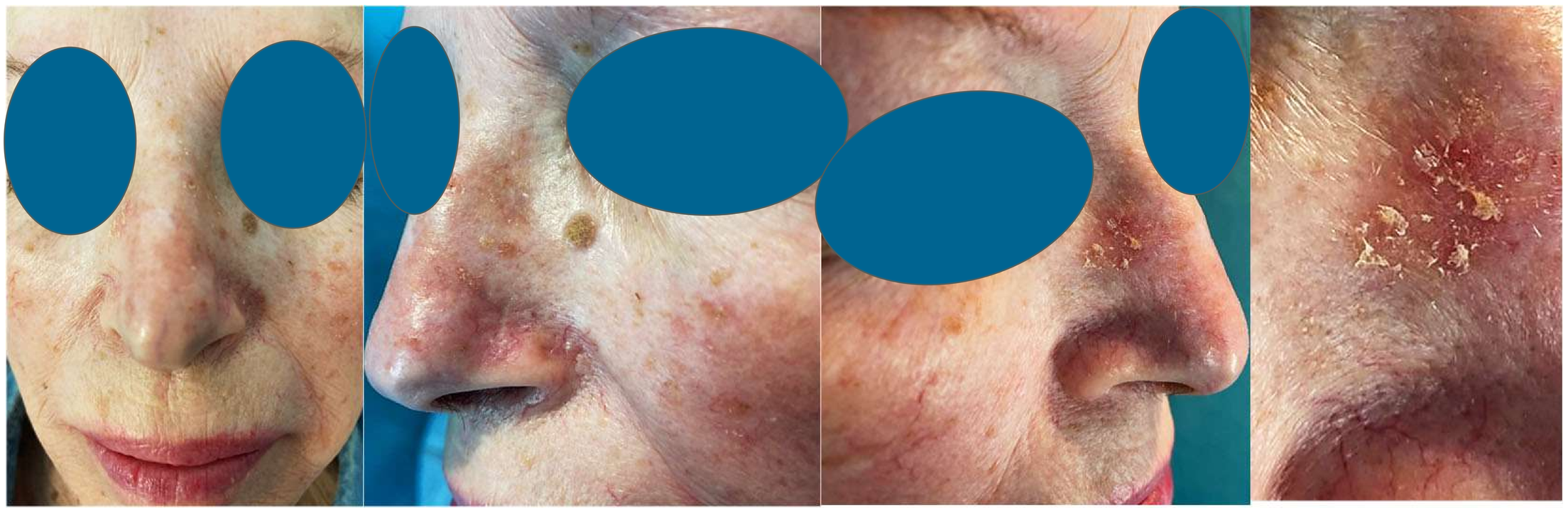


Figura 1. Se observan queratosis actínicas en zona centrofacial, especialmente localizadas en nariz.

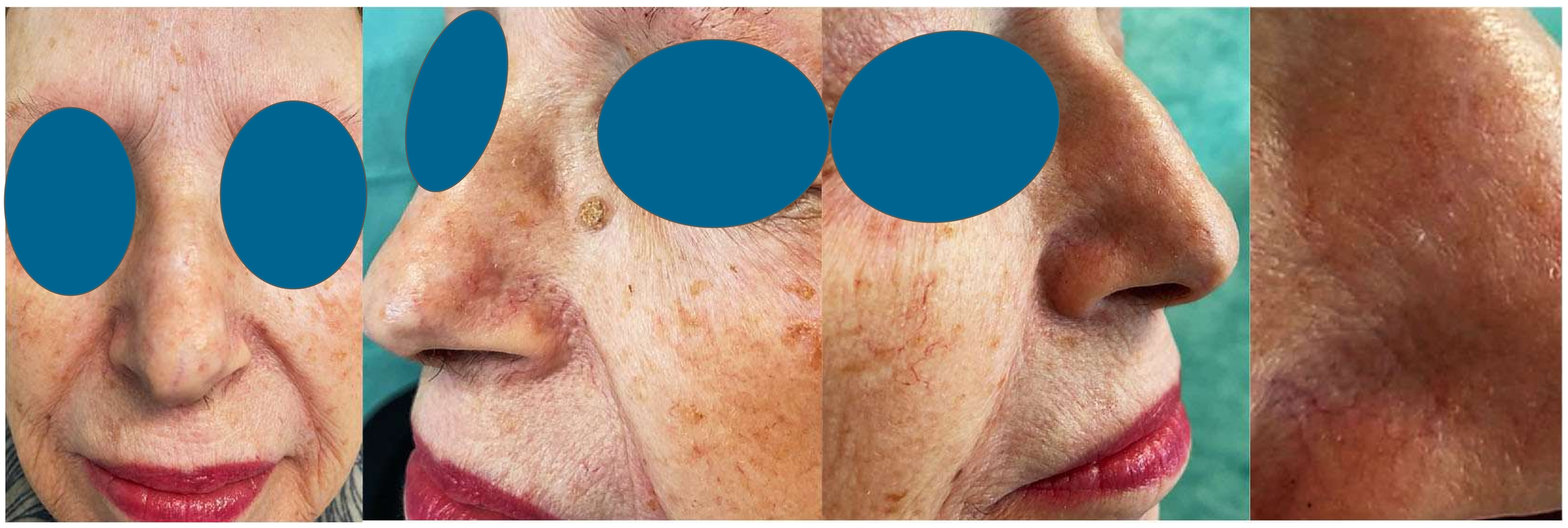


Figura 2. Paciente tras realizar tratamiento con tirbanibulina tópica al 1% durante 5 días a las 8 semanas. Se observa la resolución completa de las lesiones.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina ha demostrado ser un tratamiento eficaz y bien tolerado para la queratosis actínica. Estudios clínicos y datos de la práctica real han evidenciado su capacidad para eliminar las lesiones con un régimen de aplicación sencillo de cinco días, lo que mejora la adherencia al tratamiento. Además, los efectos secundarios son generalmente leves y localizados, lo que contribuye a una alta tasa de tolerabilidad entre los pacientes. Esto posiciona a la tirbanibulina como una opción viable y conveniente para quienes buscan una terapia efectiva con mínimas reacciones adversas.

Bibliografía:
1. Marks R, Rennie G, Selwood TS. Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. Lancet. 1988;1(8589):795-7.
2. Pallio G, Rottura M, Irrera N, Borgia F. Tirbanibulin 1% ointment for actinic keratosis: results from a real-life study. Medicina (Kaunas). 2024;60(2):225. doi:10.3390/medicina6002022

¿Temor a reacciones cutáneas desmedidas? La solución: ¡ha llegado Klisyri®!

Gloria de la Vega Calvo Moreno, José Antonio Llamas Carmona, Marina Romero Bravo, Ana Serrano Ordóñez
Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio de Dermatología

INTRODUCCIÓN

La **queratosis actínica** es una lesión hiperqueratósica preneoplásica, que aparece en áreas de piel expuestas de forma crónica a radiación ultravioleta. Se manifiesta como máculas, pápulas o placas, que pueden presentar una costra amarillenta y áspera en la superficie. Las queratosis actínicas se consideran lesiones premalignas de carcinoma escamocelular, aunque también se ha observado cierto potencial de regresión espontánea.

Existen diversos factores de riesgo para el desarrollo de queratosis actínicas: edad, fenotipo, estado inmunitario, síndromes genéticos, exposición acumulada de radiación ultravioleta, etc.





Figura D. Paciente de edad avanzada con reacción inflamatoria grave tras aplicación de imiquimod 5%.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Presentamos el caso de un paciente **varón de 73 años** diagnosticado de queratosis actínicas múltiples en vertex de cuero cabelludo, a modo de máculas y placas rosadas con fina descamación en su superficie *(figura A).*

Las lesiones habían sido previamente tratadas con repetidos ciclos de crioterapia. Además, en una ocasión se pautó tratamiento con imiquimod al 5%, que fue suspendido por el paciente a causa de una gran reacción que le llevó a acudir a Urgencias.





TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras varias tentativas terapéuticas se decidió iniciar tratamiento con tirbanibulina, una aplicación diaria durante cinco días seguidos.

Sesenta días después de la aplicación de tirbanibulina, observamos una **resolución completa (tanto clínica como dermatoscópica)** de las lesiones presentes en el vertex del cuero cabelludo *(figura C).*

El paciente refirió presentar una leve reacción inflamatoria en torno al octavo día tras la primera aplicación de tirbanibulina *(figura B),* consistente en un **eritema de ligera intensidad**. Este hecho, junto con la cómoda y sencilla aplicación de tirbanibulina, facilita la adherencia al tratamiento en pacientes de avanzada edad.

CONCLUSIÓN

- **Klisyri** contiene el principio activo **tirbanibulina,** utilizada para el tratamiento de la **queratosis actínica no hiperqueratósica ni hipertrófica** en lesiones de la cara y cuero cabelludo.
- La tirbanibulina permite **tratar el campo de cancerización,** reduciendo así el número de recaídas**.**
- Su mecanismo de acción se basa en la disgregación de los microtúbulos celulares, lo que provoca la interrupción del ciclo celular y la apoptosis de las células proliferativas.
- Tiene una posología que permite una magnífica adherencia al tratamiento: **una aplicación al día, en capa fina, durante 5 días consecutivos**. Dada la edad avanzada de la mayoría de pacientes candidatos, es de suma importancia facilitar un tratamiento fácilmente comprensible y aplicable.
- Los efectos secundarios más frecuentes son el **eritema y descamación leves.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Europea del Medicamento. Klisyri 10 mg/g pomada. Ficha técnica o resumen de las características del producto [Internet]. Amsterdam; 16 jul 2021 [citado 15 mar 2022]; [25 p.]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/klisyri-epar-product-information_es.pdf
2. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(1):58–66.
3. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021;384(6):512–20.
4. Heppt MV, Dykukha I, Graziadio S, Salido-Vallejo R, Chapman-Rounds M, Edwards M. Comparative Efficacy and Safety of Tirbanibulin for Actinic Keratosis of the Face and Scalp in Europe: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Med. 2022;11(6):1654.

Klisyri® : un futuro más allá de la queratosis actínica

Elena Pérez Zafrilla, Daniel Blaya Imbernón, Pablo Hernández Bel, Ángel González García
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica es una proliferación de queratinocitos premaligna que en muchos pacientes ocasiona un gran impacto en la calidad de vida, ya sea por molestias locales o por motivos estéticos. En cualquiera de las situaciones esta entidad requiere de un tratamiento activo para evitar la evolución a un carcinoma epidermoide. Su tratamiento es complejo ya que no todos los pacientes responden igual a los fármacos disponibles. Se dispone de múltiples posibilidades terapéuticas, pero muchas de ellas ocasionan reacciones cutáneas locales graves. Klisyri® es un fármaco sintético compuesto por tirbanibulina que actúa inhibiendo la polimerización de la tubulina de manera reversible y dependiente de concentración, lo que explica su baja toxicidad local y la diferencia de otros fármacos. Este fármaco se indica para el tratamiento de queratosis actínicas en cara o cuero cabelludo que ocupen a un área menor de 25 cm^2.

ANAMNESIS

Presentamos una mujer de 74 años sin antecedentes médicos de interés que acudió a consultas de dermatología para valoración de daño solar crónico y exploración de lesiones que presentaba en la región malar izquierda de años de evolución. Estas lesiones habían sido tratadas 4 años antes con crioterapia local y 2 años antes con Solaraze® con resolución parcial tras ambos tratamientos, pero sin resolución completa de las mismas, que en los últimos meses volvían a preocupar a la paciente.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se observaron en la región malar izquierda 6 lesiones de diferentes tamaños que se diagnosticaron de queratosis actínicas (Figura 1). Asociaba múltiples lentigos solares distribuidos por toda la región facial.



Figura 1. Día 0. Queratosis actínicas en superficie cutánea menor de 25 cm^2.



Figura 2. Día 7. Reacción local a los 7 días de iniciar aplicación de Klisyri®.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se señalizaron las 6 queratosis actínicas, que se encontraban en una superficie cutánea menor de 25 cm^2. Con este tipo de distribución y el objetivo de producir la mínima reacción local se indicó Klisyri® en pauta de 1 aplicación al día sobre la zona señalizada durante 5 días seguidos.

En la Figura 2 vemos la reacción local a los 7 días de iniciar el tratamiento. Consistía en una placa eritematosa sobre la superficie en la que se había aplicado el fármaco. La paciente no expresó ninguna queja, ya que previamente se le había advertido de la posibilidad de leve reacción local.

En la Figura 4 observamos la evolución y el aspecto de la región a los 57 días tras iniciar el tratamiento. Destacaba una resolución completa de las queratosis actínicas, motivo por el cual se indicó el tratamiento. Además, se observó un aclaramiento de los lentigos solares que se encontraban en la región facial sobre la que se aplicó Klisyri®, lo cual supuso un beneficio extra para la paciente, que se encontraba plenamente satisfecha con los resultados tras el tratamiento.



Figura 3. Día 0. Queratosis actínicas y lentigos solares previos a Klisyri®.



Figura 4. Día 57. Desaparición de queratosis actínicas y blanqueamiento de lentigos solares sobre región malar izquierda.

CONCLUSIONES

- La queratosis actínica es una patología que pueda evolucionar a una lesión maligna, por lo que requiere de un tratamiento eficaz para frenar su evolución.
- En muchos pacientes su presencia ocasiona un impacto negativo en la calidad de vida, que se puede ver agravado con algunas de las opciones terapéuticas disponibles y sus graves reacciones locales.
- Klisyri® es una de las opciones terapéuticas que mayor satisfacción muestra en el paciente, esto se explica por sus leves reacciones locales.
- Nuestra paciente presentaba además un blanqueamiento de los lentigos solares tras el tratamiento con Klisyri®. Este hecho se debe de considerar como una ventaja estética en el lecho de una población cada vez más preocupada por su imagen.

Bibliografía:

1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermo-Sifiliográficas. enero de 2022;113(1):58-66.
2. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 11 de febrero de 2021;384(6):512-20.
3. Moldovan HR, Voidazan ST, John SM, Weinert P, Moldovan G, Vlasiu MA, et al. The Eastern European experience on occupational skin diseases. Make underreporting an issue? Acad Dermatol Venereol. junio de 2017;31(S4):5-11.

Tirbanibulina: aclaramiento de léntigos y algo más...

Mª Estrella Cobos Bonilla.
Área de Dermatología y Venereología. Hospital Costa del Sol, Marbella.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con tirbanibulina tópica (Klisyri®), ha sido aprobado y financiado para el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas resistentes a otros tratamientos (1). En estudios clínicos, ha demostrado buena eficacia, seguridad y tolerabilidad (2). Además, a diferencia de otros tratamientos para la misma indicación, su cómoda pauta de aplicación en solo 5 días, así como su menor efecto irritante, ha hecho que sea ampliamente utilizado.
De forma secundaria, algunos autores han observado efectos cosméticos y anti-aging tras el uso de tirbanibulina tópica (3).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 59 años, fumador, sin otros antecedentes de interés, con lesiones en cuero cabelludo de meses de evolución. A la exploración se observan lesiones rasposas al tacto compatibles con queratosis actínicas no hipertróficas, así como múltiples lentigos solares en cuero cabelludo.
Para el tratamiento de las primeras, el paciente rechazó cualquier tratamiento que pudiese causar gran inflamación local debido a su trabajo de cara al público. Por ello, se pautó tirbanibulina (Klisyri®) durante 5 noches consecutivas, que fue bien tolerado por el paciente. El pico de máxima irritación apareció a los 7 días de haber terminado la pauta, observándose únicamente eritema local. A las tres semanas de haber terminado el tratamiento, además de conseguir el objetivo terapéutico, también se observaron mejoras estéticas, con desaparición de lentigos solares y mejoría de la textura de la piel.



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3

Imagen 1: cuero cabelludo al quinto y último día del ciclo con tirbanibulina. Presenta queratosis actínicas y lentigos solares.

Imagen 2: pico más alto de reacción referido por el paciente, a los 7 días de haber finalizado el tratamiento. Se observa leve eritema.

Imagen 3: situación a las tres semanas del tratamiento. Se comprueba la resolución de queratosis actínicas y se observa la desaparición de lentigos solares.

DISCUSIÓN

Tras la comercialización de tirbanibulina para el tratamiento de las queratosis actínicas, su uso se ha extendido rápidamente dada la buena tolerabilidad referida por los pacientes y la alta eficacia clínica. Su amplia utilización ha dado lugar a que puedan observarse efectos secundarios, algunos deseables, como el aclaramiento de lesiones pigmentadas y la mejoría de la textura de la piel (3).
No se conoce todavía el mecanismo de acción ni la cantidad de fármaco necesaria para conseguir dichos efectos. En el caso de nuestro paciente, el aclaramiento de los lentigos y la mejoría estética del cuero cabelludo se observó a las tres semanas de haber finalizado el tratamiento.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente con queratosis actínicas en cuero cabelludo, que tras tratamiento con tirbanibulina tópica, mejora tanto a nivel terapéutico como estético, con resolución de las lesiones queratósicas y aclaramiento de lentigos solares. Aunque ya existen otras publicaciones que avalan nuestros resultados y defienden el efecto cosmético de **Klisyri®** serían necesarios más estudios para poder conocer el mecanismo de acción y la pauta correcta para conseguir dichos efectos.

Bibliografía:

1. *Ficha técnica de* Klisyri®. *Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211558001/FT_1211558001.html. Último acceso en mayo 2024.*
2. *Schlesinger T, et al. Safety and Tolerability of Tirbanibulin 1% Treatment of Actinic Keratosis on Face and Scalp in Routine Clinical Practice Across the U.S.(PROAK Study) Skin.2023;7(3):771-787.*
3. *Li Pomi F, Peterle L, D'Aroja A et al. Anti-aging Effects of Tirbanibulin 1% Ointment: A Real-Life Experience. Dermatol Ther (Heidelb) (2024).* https://doi.org/10.1007/s13555-024-01178-0

Queratosis actínica refractaria. Tirbanibulina al rescate

Juan Carlos Romera Pallarés[1], Blanca Rebollo Caballero[1], José Pablo Serrano Serra[1], José Francisco Orts Paco[1].
[1] Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Servicio de Dermatología.

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una afección cutánea asociada a la exposición prolongada de luz ultravioleta y caracterizada por la proliferación descontrolada de queratinocitos mutados que puede evolucionar a un carcinoma escamoso. La QA es uno de los motivos más frecuentes de consulta
en dermatología. La Tirbanibulina es un nuevo fármaco que ha demostrado una potente actividad antiproliferativa y antitumoral para el tratamiento tópico de las QA de cara y cuero cabelludo y a diferencia de otras terapias tópicas, tirbanibulina no induce una reacción inflamatoria local llamativa, por lo que presenta una buena tolerabilidad y un perfil de seguridad favorable. A continuación, presentamos un caso que ilustra esta situación.

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años sin antecedentes personales a destacar que consultaba de nuevo por presencia de una mancha asintomática localizada en mentón de años de evolución que previamente había sido tratada con crioterapia.

A la exploración se observaba una placa de color marrón claro de 1 x 0,6 cm, rugosa al tacto, bien delimitada y localizada a nivel de mentón *(Figura 1).*
A la dermatoscopia, presentaba pigmento marrón y un patrón en roseta a nivel de toda la lesión *(Figura 2).*

Ante esta clínica, y con el diagnóstico de queratosis actínica pigmentada, se decidió iniciar tratamiento tópico con tirbanibulina en pauta de una aplicación diaria en la zona durante 5 días consecutivos.

Se revisó a la paciente a los 5 días, tras la finalización inmediata de la terapia tópica con tirbanibulina, presentaba irritación e impetiginización de la lesión localizada en mentón *(Figura 3)*, por lo que se inició tratamiento con antibiótico tópico.

Posteriormente se revisó al mes de tratamiento, evidenciándose únicamente leve mancha de color rosado en la zona del mentón, sin signos de queratosis actínica en dicha localización *(Figura 4).*



Figura 1. Mujer de 80 años con lesión pigmentada en mentón.

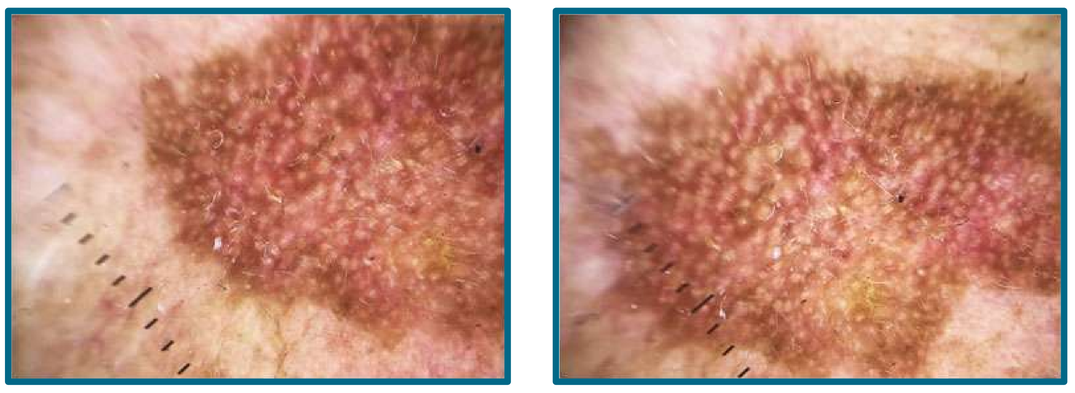


Figura 2. Imagen dermatoscópica, con ese patrón en roseta.



Figura 3. Revisión tras la pauta de 5 días con tirbanibulina; Irritación e impetiginización de la zona del mentón.



Figura 4. Revisión al mes de finalizar el tratamiento; Leve eritema sin signos de QA.

CONCLUSIÓN

La tirbanibulina tópica representa un interesante avance en el tratamiento de la QA gracias a su sencillo régimen posológico, a su eficacia probada y a su perfil de seguridad, con una tolerabilidad local muy aceptable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio Martorell. Manual de la Queratosis Actínica. 1ª ed. Madrid: aulamédica; 2022.
2. Y. Gilaberte, M.T. Fernández-Figueras. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. ACTAS Dermo- Sifiliográficas. 2021; 113 (2022): 58-66.

Klisyri® al rescate: reducción de queratosis actínicas nasales mediante un enfoque innovador de tratamiento dermatológico

Beatriz Clemente Hernández, Adrián Diago Irache, Manuel Almenara Blasco, Itziar Muelas Rives, Tamara Gracia Cazaña, Yolanda Gilaberte Calzada
Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza, Aragón, España)

INTRODUCCIÓN

Las **queratosis actínicas** representan una de las manifestaciones cutáneas más comunes y preocupantes asociadas con la exposición crónica al sol. Entre las áreas afectadas, la nariz emerge como un sitio prominente, donde estas lesiones pueden no solo ser estéticamente desafiantes, sino también **potencialmente precancerosas**. En este contexto, la búsqueda de tratamientos eficaces y bien tolerados se convierte en una prioridad clínica. En respuesta a esta necesidad, **Klisyri®**, ha surgido como una opción terapéutica prometedora. Sin embargo, su eficacia específica en el tratamiento de queratosis actínicas nasales aún no se ha explorado completamente.

ANAMNESIS

Varón de 77 años**, agricultor de profesión**, con antecedente de HTA, dislipemia y cardiopatía isquémica, en tratamiento con acenocumarol, furosemida, bisoprolol, losartán, simvastatina y ezetimiba. El paciente se encontraba en seguimiento por Dermatología por un **melanoma de extensión superficial** en espalda dorsal en 2003 (T3bN1aM0). No presentaba antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Presentaba un fototipo de *Fitzpatrick* III, ojos de color marrón claro y color de pelo castaño. No había realizado tratamientos previos de queratosis actínicas. En una revisión periódica se objetiva la aparición de lesiones eritematodescamativas, rasposas al tacto, en zona nasal, asintomáticas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física se observa **intenso daño fotoactínico**, con lesiones eritematodescamativas, rasposas al tacto, distribuidas por puente y ambos dorsos nasales (**Figura 1**). A la dermatoscopia se observaba seudorretículo de color rojo constituido por vasos telangiectásicos que rodeaban a los folículos sobre un eritema difuso de fondo, con escamas superficiales blanco-amarillentas. Además, lentigos solares múltiples en ambas mejillas sin atipias a la dermatoscopia.

Las lesiones eran compatibles con **Queratosis Actínicas; AKASI (*Actinic Keratosis Area and Severity Index*) 1.8.**



Figura 1. Iconografía del paciente previo al tratamiento con Klisyri®



Figura 2. Iconografía del paciente a los 12 días de iniciar tratamiento con Klisyri®

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante este cuadro clínico, se inicia tratamiento con Klisyri®, una vez al día durante 5 días consecutivos.
El paciente acude a revisión a los 12 días de comenzar el tratamiento, presentando una reacción cutánea local inflamatoria en forma de eritema, de intensidad leve-moderada, con buena tolerancia, sin prurito ni dolor asociado (**Figura 2**).
Tras 8 semanas después de finalizar el tratamiento se objetiva desaparición completa de las lesiones (**Figura 3**).



Figura 3. Iconografía del paciente tras 8 semanas después de completar tratamiento con Klisyri®

CONCLUSIONES

Klisyri® es un tratamiento tópico innovador que ha demostrado ser altamente efectivo en el manejo de queratosis actínicas, especialmente en áreas nasales altamente expuestas al sol. Klisyri® es un **inhibidor de microtúbulos tópico** indicado para el tratamiento de **queratosis actínicas en cara y cuero cabelludo**, que actúa a través de un mecanismo de acción antiproliferativo selectivo, reduciendo la carga de las lesiones.
Nuestros hallazgos clínicos y dermatológicos respaldan su capacidad para reducir la carga de lesiones y lo que es aún más importante, reducir el riesgo de transformación maligna en esta área altamente expuesta al sol. Además, observamos una **buena tolerabilidad y un perfil de seguridad** satisfactorio, lo que respalda su aplicación en pacientes con queratosis actínicas nasales. Estos resultados no solo tienen implicaciones clínicas significativas para el manejo de la queratosis actínica, sino que también subrayan el potencial de Klisyri® como una herramienta valiosa en la **prevención del cáncer de piel** en esta población de alto riesgo.

Bibliografía:

1. Lebwohl M, Gold LS, Gold MH, et al. Long-term follow-up study of patients treated with tirbanibulin ointment for actinic keratosis on the face or scalp: Results from two phase 3 studies. J Am Acad Dermatol. 2022;86(2):285-292. doi:10.1016/j.jaad.2021.08.071
2. Gold LS, Armstrong AW, Kelly S, et al. Adherence, satisfaction, and quality of life improvements in patients with actinic keratosis treated with tirbanibulin ointment 1%: a phase 3 study. J Dermatolog Treat. 2021;32(7):694-700. doi:10.1080/09546634.2020.1853902
3. Dirschka T, Pellacani G, Micali G, et al. A phase III, randomized, double-blind, vehicle-controlled trial of tirbanibulin 1% ointment in patients with actinic keratosis on the face or scalp. J Am Acad Dermatol. 2020;82(4):792-800. doi:10.1016/j.jaad.2019.09.035
4. Berman B, Goldenberg G, Hanke CW, et al. Efficacy and safety of tirbanibulin ointment 1% for actinic keratosis: a phase 2, randomized, double-blind, vehicle-controlled study. J Drugs Dermatol. 2018;17(4):426-433.
5. Dao DD, Sahni VN, Sahni DR, Balogh EA, Grada A, Feldman SR. 1% Tirbanibulin Ointment for the Treatment of Actinic Keratoses. *Ann Pharmacother*. 2022;56(4):494-500. doi:10.1177/10600280211031329

Uso de tirbanibulina en área periocular

María Dolores Benedicto Maldonado, Ignacio Castaño Uhagon, Ana Carmona Olveira, Enrique Herrera Acosta.
Hospital Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

Tirbanibulina es un fármaco aprobado para el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas mediante la inhibición de la polimerización de microtúbulos, interrumpiendo así el ciclo celular y provocando apoptosis. Una de las principales ventajas observadas, es la buena tolerabilidad al tratamiento.

ANAMNESIS

Acude a revisión mujer de 78 años en seguimiento por intenso daño actínico. Como antecedentes personales destacan múltiples factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, sobrepeso), accidente isquémico transitorio hacía dos años y demencia senil con deterioro del autocuidado.

La paciente refería que las lesiones de ambas mejillas habían vuelto a aparecer pese al tratamiento correcto con 5-fluorouracilo y terapia fotodinámica.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Exploración: Presentaba placas en ambas mejillas, perioculares y dorso nasal, no infiltradas eritematosas, con descamación superficial fina, rasposas al tacto, no dolorosas (Figura 1). A la exploración dermatoscópica se observó un patrón en fresa.

Diagnóstico: Queratosis actínicas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tratamiento: Se indicó aplicar 5 noches seguidas Tirbanibulina 10 mg/g pomada.

Evolución: La paciente acudió día 57 post-tratamiento a consulta mostrando aclaramiento completo de las queratosis actínicas. No presentó síntomas irritativos locales, ni dolor ni durante ni en el post-tratamiento inmediato. Refirió únicamente leve eritema a la semana de aplicación, que no requirió atención médica, y que había resuelto en el momento de la consulta (Figura 2).



Figura 1. Queratosis actínicas en zona periocular antes de tratamiento con tirbanibulina



Figura 2. Resolución completa de las lesiones tras el tratamiento.

CONCLUSIONES

Tirbanibulina presenta un mecanismo de acción para el tratamiento de queratosis actínicas novedoso. Los datos reportados en estudios iniciales muestran bajas tasas de eventos adversos con alta efectividad.

La zona periocular es un área sensible, en la que las reacciones locales pueden llegar a ser más severas que en otras áreas. El uso de tratamientos tópicos convencionales debería emplearse con cautela en dichas localizaciones y en pacientes frágiles en los que la aplicación de tratamientos como el 5-fluorouracilo, imiquimod o crioterapia puede ocasionar inflamación y síntomas irritativos bastante ostensibles.

Por esto tirbanibulina podría considerarse una alternativa de primera línea para el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas en el área periocular y pacientes frágiles, al ser una terapia eficaz y segura, con un perfil de seguridad favorable, y además con una posología que facilita la adherencia del paciente al tratamiento.

Bibliografía:

- De Medicamentos y Productos Sanitarios, A. E. (s. f.). .:: *CIMA ::. FICHA TECNICA KLISYRI 10 MG/G POMADA*. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211558001/FT_1211558001.html#5
- Gilaberte, Y., & Fernández-Figueras, M. T. (2022). Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. *Actas Dermo-sifiliográficas/Actas Dermo-sifiliográFicas*, *113*(1), 58-66. https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.07.006
- *Klisyri | European Medicines Agency*. (s. f.). https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/klisyri

Cuando la irritación no es una opción, tirbanibulina al rescate

Ana Carmona Olveira, María Dolores Benedicto Maldonado, Ignacio Castaño Uhagón y Enrique Herrera Acosta
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

INTRODUCCIÓN

Tirbanibulina es un fármaco tópico aprobado para el tratamiento de las queratosis actínicas (QAs) no hipertróficas en región facial y en cuero cabelludo. Ha demostrado eficacia y seguridad con mínimos efectos secundarios debido a su mecanismo de acción novedoso induciendo la apoptosis celular, a diferencia de otros tratamientos tópicos disponibles para esta patología tan frecuente.

Presentamos el caso de una paciente con **síndrome ansioso-depresivo**, en seguimiento por nuestro servicio desde hace más de 10 años por **daño actínico** con presencia de múltiples QAs tratadas mediante distintos abordajes terapéuticos y antecedentes personales de varios carcinomas basocelulares extirpados con márgenes libres.
Se trataba de una mujer con un trabajo de cara al público para la cual era de vital importancia realizar un tratamiento eficaz y cómodo que no requiriera baja laboral.

ANAMNESIS

Mujer de 53 años, con los antecedentes descritos, que acudía derivada por su médico de familia por pérdida de seguimiento tras la pandemia COVID-19. En los últimos años habían aparecido nuevas lesiones en escote y una lesión en mejilla izquierda previamente tratada con crioterapia que había aumentado considerablemente de tamaño en los últimos meses.
En anteriores ocasiones, *había realizado diferentes tratamientos para sus QAs*, en concreto crioterapia e imiquimod (refiriendo una gran reacción inflamatoria secundaria al tratamiento que precisó una semana de baja laboral, así como imposibilidad de finalizar la pauta completa de tratamiento, aunque con buena respuesta al mismo). Por todo ello*, la paciente era reacia a realizar tratamientos tópicos.*

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se apreciaba una **lesión eritematomarronácea no infiltrada, ligeramente descamativa** de 25 mm de diámetro mayor en mejilla izquierda compatible con **queratosis actínica** (Figura 1).



Figura 1. Queratosis actínica en mejilla izquierda

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Debido a las experiencias previas de la paciente con otros tratamientos tópicos, a la imposibilidad de permitirnos una baja laboral ni una intensa irritación en la zona y dada la localización de la lesión, pautamos tratamiento con **Tirbanibulina una vez al día por la noche durante 5 días**.
La paciente completó el tratamiento sin incidencias refiriendo una ligera inflamación en la zona tratada que comenzó al cuarto día de tratamiento y persistió durante 5 días, sin precisar suspensión del mismo.
En la revisión a las 6 semanas se apreció **resolución completa** de la lesión tanto clínica como dermatoscópicamente (Figura 2). En una revisión posterior a los 3 meses persistía la respuesta completa sin haber recidivado la lesión ni aparecido nuevas lesiones sospechosas en el área tratada (Figura 3).



Figura 2. Resolución completa de la lesión a las 6 semanas de finalizar el tratamiento

CONCLUSIONES

Tirbanibulina ha demostrado **seguridad y eficacia** en el tratamiento de las QAs no hipertróficas. Una de sus principales ventajas es la baja tasa de efectos adversos, siendo estos cuando se producen tolerables y en la mayoría de las ocasiones no precisando suspensión del tratamiento.
Consideramos que se trata de una excelente opción para el tratamiento de QAs en pacientes jóvenes, con lesiones en zonas muy visibles que no son susceptibles de otros tratamientos convencionales que implican mayores efectos secundarios e incluso necesidad de baja laboral y social. Además, la sencilla pauta de administración y la duración corta del mismo lo hacen una opción muy atractiva para pacientes reacios a tratamientos tópicos largos, con complejas posologías y con malas experiencias previas, como se trataba del caso de nuestra paciente.
Por todo ello, tirbanibulina podría considerarse una buena alternativa de tratamiento en pacientes jóvenes con lesiones localizadas en áreas muy visibles debido a su eficacia y a su excelente perfil de seguridad.



Figura 3. Revisión a los 3 meses con persistencia de respuesta completa y sin aparición de nuevas lesiones en el área tratada

Bibliografía:
1. Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022 Nov 16;15:2495-2506. doi: 10.2147/CCID.S374122. PMID: 36415541; PMCID: PMC9675993.
2. Miller AC, Adjei S, Temiz LA, Tyring SK. Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis: A Review. Skin Therapy Lett. 2022 Jul;27(4):4-7. PMID: 35857917.
3. Gilaberte, Y., & Fernández-Figueras, M. T. (2022). Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermo-sifiliográficas/Actas Dermo-sifiliográFicas, 113(1), 58-66. https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.07.006
4. Klisyri | European Medicines Agency. (s. f.). https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/klisyri

Klisyri® en la práctica real: control de campo de cancerización en paciente con antecedente de cáncer cutáneo no melanoma

Sandra Cases Mérida,
Hospital Alta Resolución Utrera, UGC Dermatología de Hospital de Valme, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Klisyri® (Tirbanibulina 1% pomada) está indicado para el tratamiento tópico de la queratosis actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica de la cara o del cuero cabelludo en adultos. Por otro lado, el carcinoma escamoso cutáneo (CEC) supone un 20-30% del cáncer cutáneo no melanoma, localizándose hasta un 80% en cabeza y cuello1-2. El riesgo de metástasis ganglionares es bajo (3-5%) pero en CEC de alto riesgo puede aumentar significativamente (35%)1-2. En estos casos es muy importante la prevención y el tratamiento de lesiones precursoras, es decir, el campo de cancerización.

ANAMNESIS

Paciente varón de 74 años de edad en seguimiento por carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo intervenido en 2019 en cuero cabelludo. Desde entonces, acude semestralmente a la consulta para control oncológico y tratamiento de queratosis actínicas, especialmente localizadas en cuero cabelludo. Durante el seguimiento ha recibido múltiples ciclos de crioterapia, tratamientos tópicos incluido terapia fotodinámica con luz de día. El paciente además padece una alopecia androgenética masculina desde hace años, pero usa protección solar adecuada y sombrero.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se observa infinidad de pápulas y placas finas eritematosas con costra blanca adherida que afecta el 100% de la superficie del cuero cabelludo, únicamente libre de lesiones la zona injertada del antiguo carcinoma epidermoide (Fig. 1).
Se diagnosticó de queratosis actínicas múltiples (campo de cancerización) y ausencia de recidiva de carcinoma epidermoide.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se le indicó Klisyri® en pauta de ficha técnica 1 vez al día (aplicación nocturna) durante 5 días consecutivos e intentando tratar unos 25 cm^2 por aplicación. Dada la extensión de cuero cabelludo, se indicó dos envases, en dos aplicaciones distintas. En ambas experimentó un enrojecimiento máximo a los 8-12 días que fue remitiendo espontáneamente (Fig. 2). Posteriormente el paciente fue revisado a los dos meses donde se observó una disminución clínicamente evidente del número de lesiones con menor infiltración (Fig. 3).
El paciente mostró un grado de satisfacción alto, dada la escasa irritación local y la pauta posológica.



Figura 1. Estado basal del paciente



Figura 2. Reacción local



Figura 3. Revisión a los 2 meses de haber finalizado el tratamiento.

CONCLUSIONES

Se calcula un riesgo de progresión de queratosis actínica a carcinoma epidermoide cutáneo de un 0,025-16%[3], por lo que resulta prioritario el tratamiento de áreas con daño actínico crónico especialmente en aquellos pacientes donde ya ha existido un carcinoma previo. Parece que el 5-Fu es la opción más eficaz y coste-efectiva para el tratamiento del campo de cancerización, pero los efectos secundarios habituales limitan su uso[4]. La tirbanibulina ha aparecido como una opción alternativa, presentando tasas de eficacia más que aceptables (5 –FU al 4% 54-8%0 vs tirbanibulina 1% 44-60%)[4], con menor número de reacciones locales y una pauta posológica más cómoda; posicionándose como un tratamiento interesante en pacientes crónicos donde es prioritario mantener una adherencia terapéutica. Como limitación al caso presentado, es posible que dada la extensión del cuero cabelludo (>50 cm^2) sea necesario más cantidad de producto o bien, dar más sesiones de tratamiento, por lo que puede haberse limitado el aclaramiento de las lesiones.

Bibliografía:
1. Dessinioti C, Pitoulias M, Stratigos AJ. Epidemiology of advanced cutaneous squamous cell carcinoma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 Jan;36(1):39-50.
2. Bobin C, Ingrand P, Dréno B, Rio E, Malard O, Espitalier F. Prognostic factors for parotid metastasis of cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018 Apr;135(2):99-103.
3. Nazzaro G, Carugno A, Bortoluzzi P, Buffon S, Astrua C, Zappia E, Trovato E, Caccavale S, Pellegrino V, Paolino G, Balestri R, Lacava R, Ciccarese G, Verdelli A, Barruscotti S, Valenti M, Toni G, Giacalone S, Zavattaro E, Gironi LC, Mercuri SR, Ribero S, Gisondi P, Sena P, Marzano AV. Efficacy and tolerability of tirbanibulin 1% ointment in the treatment of cancerization field: a real-life Italian multicenter observational study of 250 patients. Int J Dermatol. 2024 Apr 11.
4. Aggarwal I, Puyana C, Chandan N, Jetter N, Tsoukas M. Field Cancerization Therapies for the Management of Actinic Keratosis: An Updated Review. Am J Clin Dermatol. 2024 May;25(3):391-405.

Klisyri® en pacientes dependientes: cuando la eficacia, seguridad y comodidad juegan un papel clave.

José Antonio Llamas Carmona, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Ana Serrano Ordoñez
Servicio de Dermatología Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una lesión cutánea caracterizada por la proliferación de queratinocitos mutados con potencial progresión a carcinoma escamocelular. Las terapias disponibles, aunque efectivas, se asocian normalmente con una alta tasa de reacciones cutáneas locales graves. Tirbanibulina ha surgido como una nueva alternativa terapéutica con una posología sencilla, de corta duración, así como un perfil de seguridad y tolerancia que favorece la adherencia terapéutica y por tanto la obtención de resultados clínicos esperados.

ANAMNESIS

Paciente de 87 años. Antecedentes personales: Alzheimer avanzado desde hace más de 10 años. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive en casa con cuidadora. En seguimiento desde hace años en dermatología: intervenida de múltiples carcinomas escamocelulares y tratada de queratosis actínicas en región facial y escote.

Refiere desde hace 3 meses lesión en ala nasal derecha con sangrado ocasional y molestias. No cura a pesar de ácido fusídico en crema pautado por su médico de atención primaria.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Lesión eritematosa de 1 cm en ala nasal izquierda, ligeramente ulcerada, no infiltrada, compatible con queratosis actínica. En el momento de la consulta se realizó doble ciclo de crioterapia sin apreciarse mejoría en la revisión al mes (figura 1 y 2).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dados los antecedentes personales de la paciente, su estado basal, así como las dificultades para asistir físicamente tanto a consulta como a centro de salud se optó por un tratamiento más cómodo, seguro y con un mejor perfil de efectos secundarios como Klisyri®. Se pautó así la aplicación de tirbanibulina 1% tópica sobre la lesión una vez al día durante 5 días consecutivos por la noche retirando por la mañana con agua y jabón y aplicando posteriormente fotoprotección solar. Se explicaron posibles efectos adversos durante el tratamiento como eritema, descamación, formación de costras, pústulas o hinchazón.

En la revisión a los 2 meses se observó un aclaramiento completo de la lesión sin recidiva de la misma y sin cicatriz. La cuidadora de la paciente refirió ligero eritema a los 8 días sin ninguna otra alteración y que se resolvió sin tratamiento.

CONCLUSIONES

Tirbanibulina supone un nuevo mecanismo de acción en el tratamiento de la QA, con potentes efectos antiproliferativos y antitumorales *in vitro* e *in vivo*, debido a su capacidad para inducir la detención del ciclo celular y la muerte celular apoptótica.[1] Su cómoda posología (se aplica una vez al día durante únicamente 5 días consecutivos sobre un campo de tratamiento de 25 cm^2 en cara o cuero cabelludo), en contraste con la complejidad de las otras terapias disponibles para QA, facilita la adherencia al tratamiento con tirbanibulina por parte del paciente, especialmente en pacientes de edad avanzada o dependientes.

Además, a diferencia de otras terapias tópicas y debido principalmente a una menor liberación de citoquinas, tirbanibulina no parece inducir una necrosis y/o inflamación tisular sustancial, lo cual se traduce clínicamente en una buena tolerabilidad y un perfil de seguridad favorable.[2]

Su alto nivel de eficacia (hasta un 70% aclaramiento completo en algunos estudios) la posiciona como un fármaco de primer nivel para el tratamiento de las queratosis actínicas no hiperqueratósicas con un nivel de evidencia alto y de recomendación fuerte en las guías clínicas de la Academia Americana de Dermatología.[3]

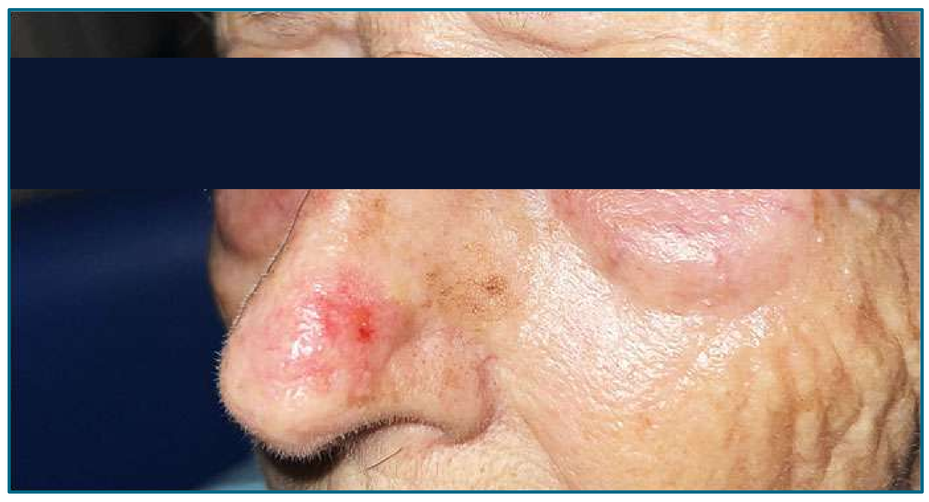


Figura 1. Queratosis actínica ala nasal izquierda previo a tratamiento con tirbanibulina 1%



Figura 2. Queratosis actínica ala nasal izquierda previo a tratamiento con tirbanibulina 1%



Figura 3. Revisión a los 2 meses con aclaramiento completo de la lesión, sin cicatriz



Figura 4. Revisión a los 2 meses con aclaramiento completo de la lesión, sin cicatriz

Bibliografía:
1. Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022;15:2495-2506
2. Miller AC, Adjei S, Temiz LA, Tyring SK. Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis: A Review. Skin Therapy Lett. 2022;27(4):4-7.
3. Berman B, Grada A, Berman DK. Profile of Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis. J Clin Aesthet Dermatol. 2022;15(10 Suppl 1):S3-S10.

Queratosis actínica en dorso nasal con excelente respuesta a tirbanibulina 1% tópica

Alejandro Arroyo Córdoba, Blanca Moyano Almagro, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Eduardo López Vera
Servicio Dermatología – Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una enfermedad cutánea crónica y precancerosa con una historia natural en la que puede producirse regresión espontánea, estabilización como QA o progresión a carcinoma escamoso celular (CEC). Debido a esta posible evolución, el objetivo del tratamiento es tanto eliminar la lesión como reducir la progresión y/o aparición de un CEC en el área afecta.

ANAMNESIS

Varón de 88 años con antecedentes dermatológicos de CEC en hélix derecho con infiltración cartilaginosa y QA en cuero cabelludo y cara habiendo utilizado crioterapia y dos ciclos de terapia fotodinámica como tratamientos previos.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En consulta de revisión, se aprecia placa eritematosa y descamativa ocupando aproximadamente el 50% del dorso nasal, de tacto áspero y de unos 3 meses de evolución con crecimiento progresivo según nos refiere el paciente **(Figura 1)**. La lesión es compatible con queratosis actínica única, sin objetivarse otras lesiones en zonas fotoexpuestas.



Figura 1. Lesión inicial en dorso nasal

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Nos encontramos ante una lesión única y bien delimitada en un paciente de edad avanzada. Además, está presente en una zona sensible de la cara y cerca de la zona de apoyo de las gafas que portaba el paciente. Por todo ello, proponemos tratamiento con tirbanibulina mesilato 10 mg/g pomada durante 5 días, informando de la forma de aplicación y reacción local esperable.

Tras una revisión al mes del inicio del tratamiento, la lesión ha desaparecido por completo **(Figura 2)**, consiguiendo un tono y tacto uniforme a nivel nasal con excelente tolerancia.



Figura 2. Apariencia al mes tras la aplicación de tirbanibulina

CONCLUSIONES

En la actualidad existen múltiples tratamientos para tratar la QA así como el campo de cancerización. En una patología recurrente como ésta, debemos tener en cuenta además de la tasa de aclaramiento, otros factores asociados al tratamiento como los eventos adversos, facilidad de aplicación, resultado estético y efectividad a largo plazo.

Como dermatólogos, debemos individualizar el tratamiento teniendo en cuenta tanto la forma clínica de las lesiones como las características de nuestro paciente.

Con todo esto, tirbanibulina 1% pomada resulta una excelente opción terapéutica en casos como el descrito, presentando una fácil posología, buen perfil de seguridad y un resultado eficaz y estético.

Bibliografía:

1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66.
2. A, Kempers S, Lain E, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021;384(6):512-20
3. Schlesinger T, et al. Safety and Tolerability of Tirbanibulin 1% Treatment of Actinic Keratosis on Face and Scalp in Routine Clinical Practice Across the U.S. (PROAK Study) Skin.2023;7(3):771-787
4. Schlesinger T, et al. Patient- and Clinician-Reported Outcomes of Tirbanibulin 1% in the Treatment of Actinic Keratosis on the Face and Scalp (PROAK Study). SKIN The Journal of Cutaneous Medicine 2023;7 (6): s262
5. Marson JW, Del Rosso JQ, Bhatia N, et al. Considerations in the Management of Actinic Keratosis: The Importance of Adherence and Persistence to Therapy. The National Society for Cutaneous Medicine. 2021;5(2)

Klisyri®: utilidad en pacientes con antecedentes de patología cutánea inflamatoria y/o fotodermatosis

Juan Luis Sanz Cabanillas
Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

INTRODUCCIÓN

La tirbanibulina (Klisyri®) es un nuevo fármaco tópico que ha mostrado eficacia en el tratamiento de la queratosis actínica, debido a sus potentes efectos antiproliferativos y antitumorales. Debido a su capacidad para inducir la detención del ciclo celular y la muerte celular apoptótica se produce una menor liberación de citoquinas, induciendo una necrosis e inflamación tisular controlada, a diferencia de otras terapias tópicas[1]. Esto se traduce clínicamente en una buena tolerabilidad y un perfil de seguridad favorable, que podría ser especialmente útil en individuos que además presentan otras patologías cutáneas subyacentes.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 84 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Como antecedentes personales destacan hipertensión en tratamiento con telmisartán y lupus cutáneo subagudo en tratamiento con hidroxicloroquina y fotoprotección. Presenta queratosis actínicas en región facial de aparición progresiva durante 10 años de evolución. Había realizado previamente tratamiento con diclofenaco sódico al 3% con escasa respuesta.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Exploración: se observan lesiones queratósicas con base eritematosa diseminadas en ambas mejillas y en pirámide nasal (imagen 1).
Diagnóstico: queratosis actínicas no hiperqueratósicas ni hipertróficas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tratamiento: se realizó tratamiento con tirbanibulina pomada. Se explicó posología del tratamiento, según ficha técnica, y se realizó hincapié en aplicar el producto una vez al día durante 5 días consecutivos, aplicando una capa fina de pomada en la zona a tratar.

Evolución: a los 8 días después del inicio del tratamiento la paciente desarrolló una respuesta cutánea local leve (imagen 2). A los 10 meses desde la aplicación del tratamiento, la paciente no ha mostrado recidivas locales y se mantiene libre de enfermedad (imagen 3). La paciente ha mostrado gran mejoría de las queratosis actínicas tras el tratamiento con tirbanibulina pomada, sin agravamiento de su patología cutánea previa.



Imagen 1. Aspecto de la paciente previo a realizar el tratamiento.



Imagen 2. Reacción inflamatoria tras tratamiento con tirbanibulina pomada



Imagen 3. Respuesta final al tratamiento 10 meses después

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión: las queratosis actínicas son una patología muy frecuente en pacientes de edad avanzada, especialmente aquellos que presentan un fototipo bajo y han estado sometidos a una exposición solar crónica importante[2]. En nuestra práctica clínica habitual no es infrecuente encontrarnos con pacientes con queratosis actínicas coexistiendo con otras patologías cutáneas inflamatorias o con fotodermatosis (rosácea, lupus cutáneo, dermatitis seborreica, erupción polimorfa lumínica, porfirias…). El abordaje de estos pacientes representa un reto para el dermatólogo, ya que algunos tratamientos como la terapia fotodinámica están contraindicados en pacientes con dermatosis fotosensibles (incluida el lupus cutáneo subagudo), y otros tratamientos inflamatorios como el imiquimod o 5-fluorouracilo pueden desarrollar importantes reacciones inflamatorias que pueden agravar su patología de base y condicionar la adherencia del paciente al tratamiento. Además, se han descrito en la literatura reacciones lupus-like por parte de estos dos últimos fármacos[3-4]. Debido a esto, en el manejo de las queratosis actínicas de nuestra paciente se optó por tirbanibulina en pomada en lugar de los tratamientos anteriormente mencionados. La excelente tolerancia de este fármaco, su posología y la respuesta inflamatoria controlada hacen que pueda posicionarse como una terapia útil para tratar queratosis actínicas en pacientes que presentan una patología cutánea subyacente como nuestra paciente.

Conclusión: El éxito del abordaje de los pacientes con queratosis actínicas va a depender de una correcta evaluación del paciente (tipo de lesiones, localización, patología de base…) y una elección del tratamiento óptimo, teniendo en cuenta aspectos como su posología o la respuesta inflamatoria del mismo. Esto va a condicionar no solamente la eficacia del propio tratamiento, sino también la tolerabilidad y adherencia a la terapia.

Bibliografía:
1. Y Gilaberte, M T Fernández-Figueras.Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022; Jan;113(1):58-66.
2. Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Díez A y col. Adaptación española de la Guía Europea para la evaluación y tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr. 2014; 105:378-93.
3. Moreiras Arias N, Buján Bonino C y col. Lupus-like reaction following imiquimod treatment for actinic keratoses. Dermatol Ther. 2022 Sep;35(9):e15700. 4. Philip R Cohen. Chronic cutaneous lupus erythematosus induced by 5-fluorouracil. Expert Rev Clin Pharmacol. 2020 Aug;13(8):917-918.

Tirbanibulina tópica: un aliado efectivo en la lucha contra el campo de cancerización en pacientes inmunodeprimidos

Juan Manuel Morón Ocaña[1], Virginia Linares López[1], Julia Clavijo Herrera[1], Isabel María Coronel Pérez[1]
[1]Hospital Universitario Ntra. Señora de Valme

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica es una lesión premaligna comúnmente encontrada en áreas de piel expuestas al sol, como la cara, el cuero cabelludo y los antebrazos. En individuos inmunodeprimidos, como aquellos bajo tratamiento con azatioprina, el riesgo de desarrollar cáncer de piel, incluyendo carcinoma de células escamosas (CCE), está aumentado[1]. Por lo tanto, el manejo adecuado de las queratosis actínicas en estos pacientes es crucial para prevenir la progresión a cáncer de piel.

ANAMNESIS

Varón de 56 años y agricultor, con Enfermedad de Crohn en tratamiento con azatioprina desde hacía 6 años e intervenido en 2 ocasiones de carcinoma basocelular en región facial, acudió a revisión para valoración de queratosis actínicas en cuero cabelludo. Como tratamientos previos había realizado crioterapia, diclofenaco sódico en gel y terapia con luz de día con ácido 5-aminolevulínico en gel, presentando mala tolerancia a los mismos con irritación y costras y, además, persistencia de las lesiones.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Fototipo II. En la exploración se determinaron en torno 15-20 queratosis actínicas superficiales no infiltradas en zona interparietal de cuero cabelludo, todas ellas menores de 2-3 mm, que abarcaban un área de 25 cm^2 (figura 1). El paciente fue diagnosticado de un campo de cancerización constituido por queratosis actínicas, con una puntuación AKASI 4,4 en cuero cabelludo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Como tratamiento se indicó tirbanibulina (10 mg/g) pomada, una aplicación al día por la noche durante 5 días consecutivos. El paciente fue revisado en 8 semanas, determinándose una resolución completa de las queratosis actínicas (figura 2), sin haber presentado ningún tipo de efectos secundarios. Se aconsejó seguir manteniendo medidas de fotoprotección, incluyendo uso de sombrero, con el fin de prevenir recurrencias y salvaguardar la piel de los efectos nocivos de la radiación solar.



Figura 1. Semana 0. Campo de cancerización de 25 cm^2 en porción interparietal de cuero cabelludo constituido por múltiples queratosis actínicas e índice AKASI 4,4.



Figura 2. Semana 8. Resolución del campo de cancerización. Índice AKASI 0 en cuero cabelludo.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina en pomada es un agente tópico, que actúa induciendo la apoptosis de las células afectadas por las queratosis actínicas al impedir la despolimerización microtubular, lo que conduce a su erradicación[2]. Los pacientes inmunodeprimidos, como aquellos con Enfermedad de Crohn bajo tratamiento con azatioprina, tienen un riesgo aumentado de desarrollar cáncer de piel, así como, efectos secundarios relacionados con los tratamientos tópicos para queratosis actínicas, como irritación local o reacciones alérgicas[1]. Sin embargo, en este caso, no se observaron efectos secundarios adversos, lo que respalda la seguridad de la tirbanibulina en este grupo de pacientes. Además, en el caso del paciente descrito, la aplicación tópica de tirbanibulina durante 5 días resultó en una completa resolución de las lesiones, lo que sugiere una eficacia notable de este tratamiento versus otras opciones en pacientes inmunodeprimidos. Es importante destacar que, además, siempre se debe recomendar mantener medidas de fotoprotección, como el uso de protector solar y sombrero, para reducir el riesgo de nuevas lesiones y prevenir la progresión de las existentes. En conclusión, la tirbanibulina tópica muestra ser una opción efectiva y segura en el tratamiento de las queratosis actínicas en pacientes inmunodeprimidos[3]. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales para evaluar a fondo su eficacia y seguridad en esta población específica.

Bibliografía:
1. Maddox JS, Soltani K. Risk of nonmelanoma skin cancer with azathioprine use. Inflamm Bowel Dis. octubre de 2008;14(10):1425-31.
2. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(1):58-66.
3. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021;384(6):512-20.

Tirbanibulina: la pesadilla de las queratosis actínicas

José Francisco Orts Paco[1], Juan Carlos Romera Pallarés[1], Blanca Rebollo Caballero[1], José Pablo Serrano Serra[1].
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica es una afección cutánea asociada con la exposición prolongada a la luz ultravioleta y caracterizada por la proliferación descontrolada de queratinocitos mutados que pueden convertirse en carcinoma escamoso cutáneo. La tirbanibulina es un nuevo fármaco sintético de origen químico con potentes efectos antiproliferativos y antitumorales in vitro e in vivo que recientemente ha demostrado su eficacia en dos ensayos clínicos de fase III.

ANAMNESIS

Mujer de 70 años que consultaba por presencia de lesiones faciales de varios meses de evolución. Había sido tratada varias veces con crioterapia por lesiones previas compatibles con queratosis actínicas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física presentaba lentigos solares en pirámide nasal y mejilla izquierda.

Además, en mejilla izquierda, presentaba área eritematosa ligeramente descamativa compatible con queratosis actínica (Figura 1).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se instauró tratamiento con tirbanibulina pomada, una aplicación al día durante 5 días.

A los 10 días de evolución, presentaba ligero eritema en la zona (figura 2).

Finalmente, a las 8 semanas de tratamiento en la revisión en consultas, apreciamos resolución completa de la lesión (figura 3).



Figura 1. Queratosis actínica en mejilla izquierda



Figura 2.
Evolución a los 10 días



Figura 3.
Resultado final

CONCLUSIONES

La tirbanibulina es un nuevo tratamiento para las queratosis actínicas que tiene una sencilla posología lo cual mejora la adherencia terapéutica. Además, no induce una liberación prolongada de citoquinas proinflamatorias en los queratinocitos in vitro, en contraste con otros tratamientos para las queratosis actínicas.

Su eficacia, su tolerabilidad, su cómoda posología y su excelente perfil de seguridad la posicionan como un tratamiento de primera línea para las queratosis actínicas.

Bibliografía:

- Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66.
- Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S et al; Phase 3 Tirbanibulin for Actinic Keratosis Group. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021 Feb 11;384(6):512-520
- Pellacani G, Schlesinger T, Bhatia N, Berman B, Lebwohl M, Cohen JL et al. Efficacy and safety of tirbanibulin 1% ointment in actinic keratoses: Data from two phase-III trials and the real-life clinical practice presented at the European Academy of Dermatology and Venereology Congress 2022. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024 Jan;38 Suppl 1:3-15.

¡Por fin acabo con mis queratosis actínicas sin dolor!

Ignacio Castaño Uhagón, María Dolores Benedicto, Ana Carmona Olveira, Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN

Acude a consulta una mujer de 75 años, actualmente jubilada, previamente trabajaba en comercio familiar y con abundante exposición solar diaria en Málaga. No presenta ningún antecedente de salud importante. Acude a consulta de dermatología por tercera vez con importante daño actínico. La paciente ha sido intervenida quirúrgicamente de múltiples carcinomas basocelular en región frontal y en tronco

ANAMNESIS

Ha realizado previamente tratamiento con crioterapia en consulta sobre múltiples queratosis actínicas faciales y tratamiento tópico con imiquimod al 5% el año pasado. La paciente tuvo que suspender tratamiento previo por efectos adversos locales.
La respuesta de las queratosis actínicas fue parcial.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se trata de una paciente con un fototipo II de Fitzpatrick y presenta múltiples queratosis actínicas en frente, ambas mejillas y área peribucal desde hace más de cinco años de evolución. Son queratosis actínicas no hipertróficas de tamaños comprendidos entre 2 y 8 mm de diámetro. No se observan lesiones tumorales.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se realiza tratamiento tópico con tirbanibulina 1% durante 5 noches seguidas sobre seis queratosis actínicas. Se recomiendan dos sobres diarios para el tratamiento de seis queratosis actínicas no hipertróficas situadas en frente, dorso nasal y área peribucal.
Tras una semana del tratamiento la paciente presenta leve eritema y descamación en las áreas tratadas. No presentó dolor ni aparición de úlceras o costras. Los efectos secundarios leves no supusieron una discontinuación del tratamiento.
En la evaluación a los 56 días se obtiene una resolución completa del 80% de las queratosis actínicas y resolución parcial del 20% restante.
La satisfacción de la paciente fue alta tras el tratamiento y está dispuesta a repetir tratamiento en el futuro.



Figura 1. Se observan múltiples queratosis actínicas faciales no hipertróficas



Figura 2. Resolución de queratosis actínicas. Día 56 tras tratamiento



Figura 3. Resolución de queratosis actínicas. Día 56 tras tratamiento

CONCLUSIONES

Tirbanibulina tópica se posiciona como un tratamiento de elección en pacientes con queratosis actínicas faciales en los que se desea un tratamiento eficaz y sin baja social ni laboral. Se presenta un caso de resolución completa en la mayoría de queratosis actínicas faciales no hipertróficas tratadas sin efectos adversos relevantes. El grado de satisfacción tanto del dermatólogo como de la paciente fue alto.

Bibliografía:
1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: Revisión de Su Mecanismo de Acción Novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis Actínica. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2022 Jan;113(1):58–66.
2. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring et al.; Phase 3 Tirbanibulin for Actinic Keratosis Group. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021 Feb 11;384(6):512-520.
3. Berman B, Grada A, Berman DK. Profile of Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis. J Clin Aesthet Dermatol. 2022 Oct;15(10 Suppl 1):S3-S10.

Alta adherencia terapéutica y muy buena tolerancia

Jorge López Cano, Rocío del Carmen Bueno Molina, Juan Carlos Hernández Rodríguez, Julián Conejo-Mir Sánchez
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La **queratosis actínica (QA)** es un trastorno extremadamente común causado por el daño solar crónico (1-3). Se trata de un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma de células escamosas cutáneo (4). Los objetivos del tratamiento son erradicar las lesiones clínicas y subclínicas, prevenir las recidivas y reducir el riesgo de desarrollo de tumores malignos sobre el daño actínico (5).

ANAMNESIS

Atendemos a Jaime, un varón de 84 años con antecedentes personales a destacar de varios cánceres de piel no melanoma, un lentigo maligno y **múltiples QA** en zonas fotoexpuestas (de predominio frontotemporal). Estas últimas habían sido tratadas en numerosas ocasiones con varias opciones terapéuticas: imiquimod 5%, terapia fotodinámica y 5-fluorouracilo, entre otras. Todas ellas habían logrado una respuesta parcial.
Sin embargo, lo que más preocupaba al paciente era la **alta tasa de recidivas y la desagradable irritación local**: "Doctor, es que me aplico los tratamientos, que duran semanas, y se me pone la cara como un tomate. Encima, a los meses me vuelven a aparecer las asperezas".

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente presenta decenas de **lesiones descamativas focales con base eritematosa** (QA), sobre un fondo de fotodaño cutáneo crónico (*Figuras 1-3*).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se propuso iniciar **Klisyri® 10 mg/g pomada (tirbanibulina)** en pauta de ficha técnica: una aplicación diaria durante 5 días.
En la **revisión a las 12 semanas** del inicio tratamiento (*Figuras 4-6*), se verificó la ausencia de lesiones, tanto las exclusivamente palpables como las palpables y visibles. Además, el paciente comentó una tolerancia excelente, con irritación prácticamente inexistente: "Doctor, le he dicho a mi esposa que lo pruebe; ¡**esto es gloria bendita**!".



Figura 1. Sien izquierda semana 0



Figura 2. Frontal semana 0.



Figura 3. Sien derecha semana 0.

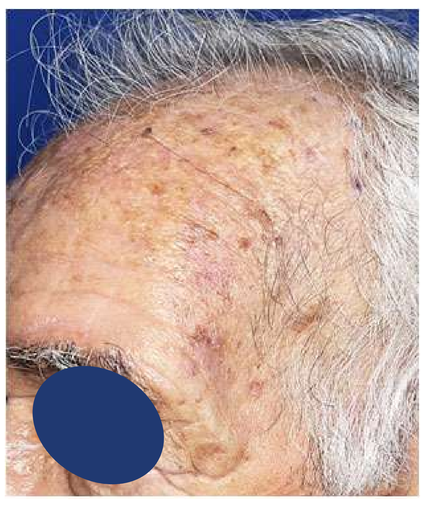


Figura 4. Sien izquierda semana 12.



Figura 5. Frontal semana 12.



Figura 6. Sien derecha semana 12.

CONCLUSIONES

Klisyri® 10 mg/g pomada (tirbanibulina) abre un nuevo camino en el tratamiento de las QA. Más allá de su efectividad, demostrada en estudios clínicos y en la experiencia personal de cada facultativo que lo ha utilizado, destaca por virtudes cruciales para lograr una alta adherencia terapéutica en pacientes mayores: sencillez en la pauta de administración y excelente tolerancia. Atributos ausentes en otras líneas de tratamiento; para Jaime, solo hay una "gloria bendita".

BIBLIOGRAFÍA

1. Simona Roxana Georgescu, Sandra Milena Tocut, Clara Matei, Corina Daniela Ene, Ilinca Nicolae, Mircea Tampa, A Panel of Potential Serum Markers Related to Angiogenesis, Antioxidant Defense and Hypoxia for Differentiating Cutaneous Squamous Cell Carcinomas from Actinic Keratoses, Journal of Personalized Medicine, 10.3390/jpm14010103, 14, 1, (103), (2024).
2. Laura Bernal Masferrer, Tamara Gracia Cazaña, Isabel Bernad Alonso, Marcial Álvarez-Salafranca, Manuel Almenara Blasco, María Gallego Rentero, Ángeles Juarranz de la Fuente, Yolanda Gilaberte, Topical Immunotherapy for Actinic Keratosis and Field Cancerization, Cancers, 10.3390/cancers16061133, 16, 6, (1133), (2024).
3. Cristina Soare, Elena Codruta Cozma, Ana Maria Celarel, Ana Maria Rosca, Mihai Lupu, Vlad Mihai Voiculescu, Digitally Enhanced Methods for the Diagnosis and Monitoring of Treatment Responses in Actinic Keratoses: A New Avenue in Personalized Skin Care, Cancers, 10.3390/cancers16030484, 16, 3, (484), (2024).
4. Adam H. Lapidus, Sangho Lee, Zhao Feng Liu, Sarah Smithson, Christopher Y. Chew, Douglas Gin, Topical Calcipotriol Plus 5-Fluorouracil in the Treatment of Actinic Keratosis, Bowen's Disease, and Squamous Cell Carcinoma: A Systematic Review, Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 10.1177/12034754241256347, (2024).
5. Janis Raphael Thamm, Julia Welzel, Sandra Schuh, Diagnosis and therapy of actinic keratosis, JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 10.1111/ddg.15288, 22, 5, (675-690), (2024).

Revolucionando el manejo de las queratosis actínicas con tirbanibulina: una opción eficaz, segura y confortable

Ismael Valladares Millán[1], María Colmenero Sendra[1] y Magdalena de Troya Martín[1].
Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Costa del Sol (Marbella, Málaga, España).

INTRODUCCIÓN

Las **queratosis actínicas (QA)** son lesiones cutáneas, clásicamente consideradas *pre*malignas, resultado de la proliferación de queratinocitos basales atípicos. Representan la etapa inicial del proceso de transformación neoplásica de estas células epiteliales hacia el carcinoma escamoso invasivo **(Figura 1)**, si bien el riesgo individual de malignización de cada lesión individual es bajo.

Habitualmente, las QA se presentan como **máculas o pápulas eritemato-descamativas** que aparecen en áreas crónicamente fotoexpuestas (cara, cuero cabelludo sobre todo de sujetos calvos, escote, orejas, dorso de manos o antebrazos) como resultado de la exposición excesiva a la radiación ultravioleta.

Existen multitud de **opciones terapéuticas** disponibles, asociando muchas de ellas importante irritación local que limita el cumplimiento terapéutico. La tirbanibulina es una nueva alternativa de tratamiento, indicada para QA no hipertróficas, con una cómoda posología de aplicación diaria durante 5 días.

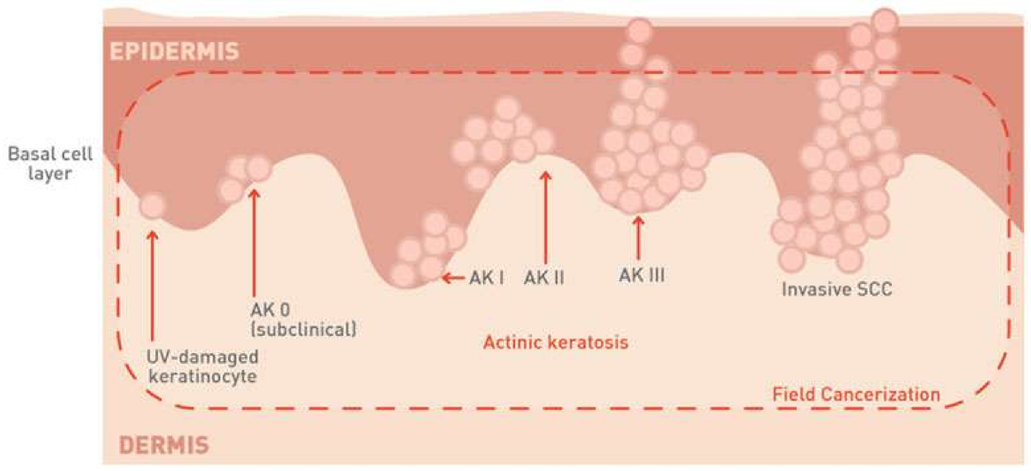


Figura 1. Representación esquemática del proceso de transformación neoplásica de las queratosis actínicas en carcinoma escamoso invasivo. AK: *actinic keratosis*; SCC, *squamous cell carcinoma*; UV: *ultraviolet*. Tomada de Puig *et. al* (Dermatol Ther, 2019)[1].

ANAMNESIS

Nuestra paciente era una mujer de 73 años, sin antecedentes relevantes salvo un fototipo cutáneo II de Fitzpatrick, que acudía a nuestra consulta para valorar múltiples lesiones descamativas faciales de varios años de evolución. Había realizado previamente tratamiento con diclofenaco gel 2 veces al día durante 6 meses y terapia fotodinámica con aminolevulinato de metilo sin resolución.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, presentaba múltiples máculas eritemato-descamativas en región facial, no infiltradas, distribuidas por regiones intensamente fotodañadas **(Figura 2)**. Las lesiones eran compatibles con queratosis actínicas a la dermatoscopia, ya que presentaban patrón en fresa con rosetas en aperturas foliculares y leve descamación superficial. No se observaron lesiones sospechosas de malignidad tras cuidadosa exploración de la superficie cutánea.



Figura 2. Estado pretratamiento de las lesiones.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se propuso tratamiento con tirbanibulina en crema al 1% mediante aplicación diaria nocturna durante 5 días consecutivos. Se revisó a las 2 semanas de haber finalizado la pauta prescrita, presentando una mejoría prácticamente completa de las lesiones **(Figura 3)**.

La paciente se mostró altamente satisfecha con la tolerabilidad del producto, ya que apenas había presentado inflamación local.



Figura 3. Estado postratamiento de las lesiones.

CONCLUSIONES

- La tirbanibulina en crema al 1% es una opción de tratamiento **eficaz**, **segura y con excelente tolerabilidad** para el paciente[2].
- Las reacciones adversas locales asociadas al uso de este fármaco son **significativamente menores** que con otras opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de las queratosis actínicas[3].
- La **adherencia terapéutica** a esta nueva modalidad de tratamiento y la **satisfacción de los pacientes** parecen ser considerablemente más altas que con otras opciones[4], lo que representa una ventaja clave para su implementación en la práctica clínica real.

Bibliografía:
1. Puig, S., Granger, C., Garre, A. et al. Review of Clinical Evidence over 10 Years on Prevention and Treatment of a Film-Forming Medical Device Containing Photolyase in the Management of Field Cancerization in Actinic Keratosis. Dermatol Ther (Heidelb) 9, 259–270 (2019)..
2. Blauvelt A, et al. Phase 3 Tirbanibulin for Actinic Keratosis Group. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021 Feb 11;384(6):512-520.
3. Cramer P, Stockfleth E. Actinic keratosis: where do we stand and where is the future going to take us. Expert Opin Emerg Drugs. 2020 Mar;25(1):49-58.
4. Mansilla-Polo M, Abril-Pérez C, Martín-Torregrosa D, López-Davia J, de Unamuno-Bustos B, Torres-Navarro I, et al. Effectiveness, safety and satisfaction of 1% tirbanibulin ointment in the treatment of actinic keratoses: A prospective study in real clinical practice. Australas J Dermatol. 2023 Nov;64(4):560-4.

Tirbanibulina simplificando el tratamiento de las queratosis actínicas

Noelia Medrano Martínez, Luis Jiménez Briones, Daniel Vírseda González, Cristina Ciudad Blanco
Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La tirbanibulina es un agente novedoso y prometedor en el tratamiento de las queratosis actínicas.
Actúa inhibiendo la polimerización de los microtúbulos, lo que resulta en la interrupción del ciclo celular y la apoptosis de las células displásicas.
También posee propiedades antiinflamatorias en el microambiente tumoral, sin causar daño significativo a los tejidos sanos circundantes.
Ofrece varias ventajas significativas en comparación con los tratamientos tradicionales:

- Alta eficacia, con eliminación completa de las lesiones en más de un 50% de los casos, con baja tasa de recurrencia.
- La corta duración del tratamiento mejora la adherencia del paciente y reduce el riesgo de abandono del tratamiento.
- Perfil de seguridad favorable: no se han reportado efectos secundarios graves, y el tratamiento es bien tolerado por la mayoría de los pacientes (efectos adversos leves y transitorios, incluyendo tenues eritema, descamación y prurito).

ANAMNESIS

Mujer de 85 años, con antecedentes médicos destacables de hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento con hidroclorotiazida / enalapril y atorvastatina. Antecedente profesional de agricultora con intensa y prolongada exposición solar desde la juventud sin ninguna medida de fotoprotección.
En los últimos 15 años ha realizado numerosos tratamientos para el abordaje de lesiones individuales y de “campo” para queratosis actínicas, con respuesta parcial y escasa adherencia. Expresaba de forma reiterada su muy mala tolerancia a los efectos adversos locales, pese a la flexibilidad y adaptación personalizada de las pautas posológicas, así como del empleo de agentes con distintos mecanismos de acción.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se aprecian numerosas queratosis actínicas de predominio en región centrofacial, especialmente malar bilateral y en pirámide nasal. Así mismo, asociaba abundantes signos de fotoenvejecimiento como son los lentigos solares y seborreicos, y los cambios pigmentarios y texturales.
En regiones periféricas faciales presenta cicatrices levemente atróficas e hipopigmentadas de exéresis previas de lesiones de cáncer cutáneo no melanoma.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Entre los tratamientos previos realizados por la paciente cabe destacar:

- Crioterapia: buena respuesta de lesiones aisladas, pero mala tolerancia al dolor
- Fórmula magistral con 5-fluorouracilo al 5%: discontinuación por irritación intolerable local e incomodidad de la pauta prolongada
- Terapia fotodinámica convencional: interrupción precoz de la sesión por molestias inasumibles
- Preparado comercial con diclofenaco al 3%: mejor tolerancia a los efectos irritativos locales, pero escasa efectividad
- Preparados comerciales con imiquimod al 5% y 3.75%: posología incómoda y molestias locorregionales intensas pese a cambio a producto con menor concentración del principio activo

La paciente se reafirmaba en su deseo de tratamiento de las queratosis actínicas faciales, dado que no deseaba exéresis quirúrgica de nuevas lesiones con sospecha de progresión a carcinoma epidermoide invasivo. Solicitaba encarecidamente un tratamiento tópico con esquema corto y mínima irritación local.

Tras la disponibilidad de tirbanibulina al 1% crema (Klisyri®) nuestra paciente es una de las primeras candidatas a beneficiarse del mismo.

Agradeció la sencillez de las instrucciones de aplicación solo 1 vez al día durante 5 días consecutivos. Manifestó su grata sorpresa ante la muy leve irritación local que experimentó en torno al 8º-10º días tras el inicio del tratamiento.

En la visita de control a los 2 meses objetivamos un mantenimiento del aclaramiento superior al 90% de la totalidad de queratosis actínicas de cualquier grado presentes en todo el territorio facio-cervical tratado.



Figura 1. Visita basal (día 0)

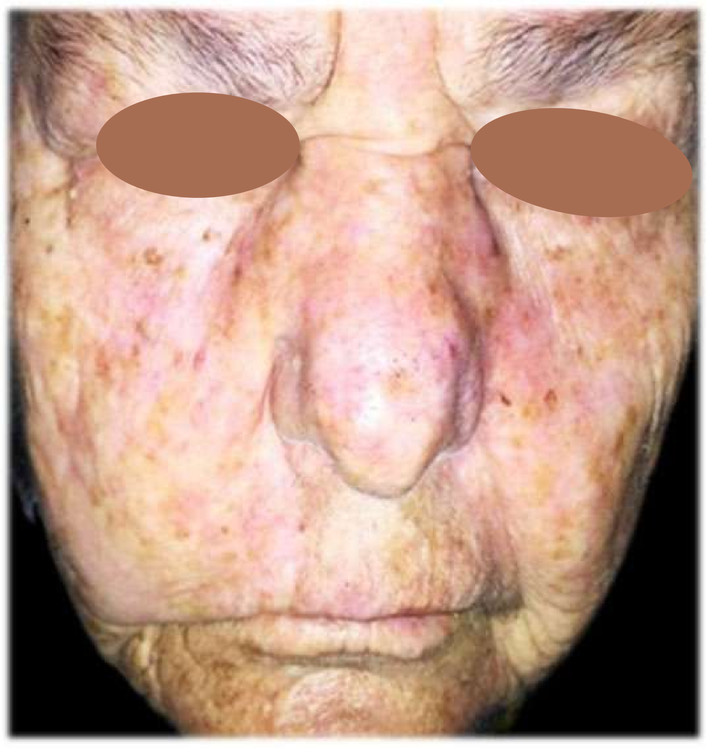


Figura 2. Fase intermedia (días 8-56)

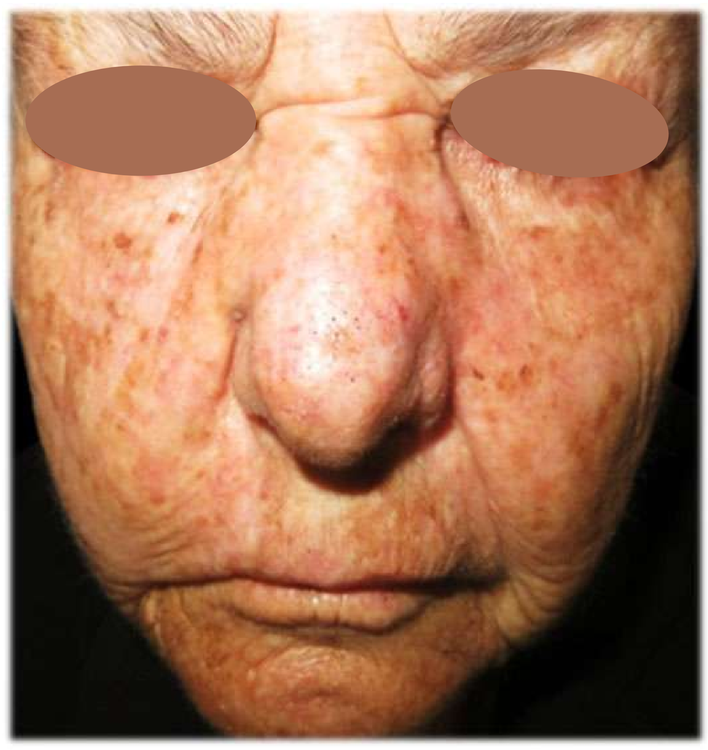


Figura 3. Final (día 57)

CONCLUSIONES

La tirbanibulina representa una evolución significativa en el tratamiento de las queratosis actínicas, ofreciendo una combinación de eficacia, seguridad y comodidad que supera a muchas de las terapias tradicionales. Su mecanismo de acción único y su régimen de tratamiento breve proporcionan una solución práctica y bien tolerada. Los dermatólogos y cualquier otro profesional de la salud cualificado en el abordaje de esta patología deberían considerarla como una opción de primera línea en el manejo de esta condición precancerosa común.

Por todo ello, reafirmamos el posicionamiento de la tirbanibulina como una herramienta valiosa en nuestra práctica dermatológica actual.

Bibliografía:
1. Markham A, Duggan S. Tirbanibulin: First Approval. Drugs. 2021 Mar;81(4):509-513.
2. Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022 Nov 16;15:2495-2506.
3. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66.

El camino menos doloroso. Nueva era en el tratamiento de la queratosis actínica

Eduardo López Vera[1], Rubén Muriel Cantarero[1], Gloria Calvo Moreno[1], Alejandro Arroyo Córdoba[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es patología cutánea caracterizada por la proliferación de queratinocitos atípicos con potencial de transformación a carcinoma escamocelular invasor.[1] Las terapias disponibles, aunque efectivas, están asociadas con alta frecuencia a reacciones cutáneas locales graves.[1] Este factor, junto con otros, podría reducir la adherencia al tratamiento y, consecuentemente, limitar su eficacia.[2]

En este póster presentamos la evolución de un paciente con QA en tratamiento con Klisyri®.

ANAMNESIS

Presentamos el caso de un paciente varón, de 59 años, con historia de exposición solar laboral continuada y alopecia androgenética. No presenta otros antecedentes de interés. Presenta historia previa de QA de meses de evolución que no terminan de curar. El paciente había recibido tratamiento en numerosas ocasiones, con frecuente recidiva.

Además, el paciente refiere que no desea volver a someterse a dichos tratamientos (crioterapia, 5-Fluorouracilo tópico al 4%, Imiquimod 50 mg/G en crema y terapia fotodinámica) por intenso dolor durante o posterior al tratamiento.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración presenta en áreas fotoexpuestas lesiones eritematosas y rasposas al tacto, con descamación en cuero cabelludo, frente, sienes, nariz y mejillas. (Figura 1).

El diagnóstico fue de múltiples Queratosis Actínicas faciales y en cuero cabelludo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado el antecedente de QA recalcitrantes y mala tolerancia a otras terapias previas, se consideró al paciente candidato para tratamiento con Klisyri® según ficha técnica, con una aplicación de 1 sobre por 25 cm^2 durante 5 noches, con medidas de fotoprotección al día siguiente.

Se citó al paciente al octavo día de inicio del tratamiento para evaluar reacciones adversas locales. En la exploración observamos un mínimo eritema y buena tolerancia, sin otras incidencias, EVA dolor de 0 (medido con Escala Visual Analógica) (Figura 2).

A las 6 semanas de tratamiento, el paciente presentaba una mejoría evidente del campo de cancerización, con disminución en número de QA en todas las áreas tratadas y desaparición simultánea de otros signos de fotoenvejecimiento y fotodaño como lentigos solares, con alta satisfacción por parte del paciente y sin dolor asociado (Figura 3) (Figura 4).

CONCLUSIONES

- ✓La queratosis actínica (QA) es patología cutánea caracterizada por la proliferación de queratinocitos atípicos con potencial de transformación a carcinoma escamocelular invasor.[1]
- ✓Las terapias disponibles, aunque efectivas, están asociadas con alta frecuencia a reacciones cutáneas locales graves.[2]
- ✓ El tratamiento con tirbanibulina pomada es una alternativa cómoda, segura y eficaz para el manejo de queratosis actínicas en pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos[3].
- ✓Los pacientes que experimentan el tratamiento con tirbanibulina (Klisyri®), dada su alta tolerabilidad, se muestran receptivos a la posibilidad de someterse a él nuevamente si fuese necesario (hasta el 80%).[4]

Bibliografía:
1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66.
2. Marson JW, Del Rosso JQ, Bhatia N, et al. Considerations in the Management of Actinic Keratosis: The Importance of Adherence and Persistence to Therapy. The National Society for Cutaneous Medicine. 2021;5(2).
3. Liñán-Barroso JM, et al. Seguridad y eficacia con tirbanibulina pomada para el tratamiento de queratosis actínicas en pacientes inmunodeprimidos. Póster presentado en 35 Reunión GEDOC, Santiago de Compostela 9 - 11 Noviembre 2023.
4. Schlesinger T, et al. Safety and Tolerability of Tirbanibulin 1% Treatment of Actinic Keratosis on Face and Scalp in Routine Clinical Practice Across the U.S.(PROAK Study) Skin.2023;7(3):771-787.



Figura 1. Paciente con QA e importantes signos de fotodaño en áreas expuestas.



Figura 2. Paciente tras 8 días desde el inicio del tratamiento con Klisyri®



Figura 3. Paciente 6 semanas después del tratamiento con Klisyri®



Figura 4. Paciente con extenso fotodaño antes (izquierda) y después (derecha) del tratamiento con Klisyri®.

Tirbanibulina en paciente inmunodeprimido: una alternativa cómoda, segura y eficaz.

Juan Manuel Liñán Barroso, Javier Jesús Domínguez Cruz, Rosa Corbí Llopis, Guillermo José Jiménez Thomas.
UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, España).

INTRODUCCIÓN

- Las **queratosis actínicas** (QA) son lesiones cutáneas premalignas que pueden degenerar a carcinoma espinocelular y que tienen mayor incidencia en pacientes inmunodeprimidos.
- La **tirbanibulina** pomada, una nueva molécula antiproliferativa que inhibe la polimerización de los microtúbulos, ofrece una alternativa cómoda y eficaz para el tratamiento de la QA y el campo de cancerización.
- Actualmente **no existe experiencia acumulada** de su uso en **pacientes inmunodeprimidos**. Por ello, presentamos un caso de un paciente inmunodeprimido que realizó tratamiento con tirbanibulina pomada.

ANAMNESIS

- Paciente **varón de 64 años**, con antecedente de **trasplante renal** en 2014, en tratamiento con micofenolato, prednisona y tacrolimus vía oral.
- Acude a revisión en la que comenta aparición de nuevas lesiones que califica como rasposas en zona frontal y cuero cabelludo.
- Previamente había realizado tratamiento con 5-fluorouracilo tópico, diclofenaco tópico, terapia fotodinámica con lámpara y sesiones de crioterapia en lesiones aisladas.



Figura 1. Campo de cancerización previo a tratamiento con tirbanibulina pomada.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- Fototipo II con alopecia androgenética masculina grado VI (escala Norwood-Hamilton).
- Se observa fotodaño en zona facial y cuero cabelludo, con múltiples pápulas eritematodescamativas no infiltradas con pseudorretículo en fresa y sin vasos a la dermatoscopia. No se observaron lesiones sugestivas de carcinoma tras exploración cuidadosa.
- Se mantiene el juicio clínico de **queratosis actínicas (KIN II, AKASI 5,4)** en paciente con inmunosupresión farmacológica por trasplante órgano sólido.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

- Se plantean opciones de tratamiento. Al tratarse de múltiples lesiones y al haber realizado múltiples ciclos de otros tratamientos, se consensua inicio de tirbanibulina pomada 1 aplicación diaria (por la noche) durante 5 días. Se vuelven a recordar pautas de fotoprotección.
- Se le dio cita al mes para valorar evolución con el nuevo tratamiento, con reducción clínica de las lesiones (**AKASI 1,6**). El paciente comentaba aparición de un mínimo eritema que comenzó el día después de terminar el tratamiento (día +6) y prurito leve (NRS prurito 2/10), autolimitándose a los 3 días.
- Al tratarse de un nuevo tratamiento, el paciente cumplimentó el cuestionario TSQM-9 para evaluar la satisfacción con el tratamiento, indicando duración menor, menor reacción, menor impacto en actividades de la vida diaria, mayor comodidad y mayor satisfacción general que con otros tratamientos previos para QA.



Figura 2. Resultado a la semana 8 tras tratamiento con tirbanibulina pomada.

CONCLUSIONES

- El tratamiento con tirbanibulina pomada es una alternativa cómoda, segura y eficaz para el manejo de queratosis actínicas en pacientes trasplantados.
- Es importante registrar el AKASI en todas las visitas de pacientes con queratosis actínicas.
- Consideramos que es fundamental la realización de estudios prospectivos con adecuados tamaños muestrales, que confirmen al seguridad y eficacia de tirbanibulina en pacientes inmunosuprimidos.

Bibliografía:

1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2022;113(1):58-66. doi:10.1016/j.ad.2021.07.006
2. Berman B, Grada A, Berman DK. Profile of Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis. J Clin Aesthet Dermatol. 2022 Oct;15(10 Suppl 1):S3-S10

Queratosis solares faciales resistentes y persistentes tratadas de forma satisfactoria con tirbanibulina tópica

Marisol Contreras Steyls
FEA dermatología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con tirbanibulina tópica (Klisyri®), ha sido aprobado y financiado para el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas resistentes a otros tratamientos (1). En estudios clínicos, ha demostrado buena eficacia, seguridad y tolerabilidad (2). Además, a diferencia de otros tratamientos para la misma indicación, su cómoda pauta de aplicación en solo 5 días, así como su menor efecto irritante, ha hecho que sea ampliamente utilizado.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años con antecedentes de varios carcinomas basocelulares, que presenta lesiones cutáneas en dorso nasal de años de evolución. A la exploración se aprecia una placa eritematodescamativa ocupando todo el dorso nasal con sangrado ocasional. (figura 1).
Había realizado en los últimos meses varios tratamientos tópicos con tretinoína en crema y diclofenaco en gel y una sesión de terapia fotodinámica además de varios ciclos de crioterapia, no consiguiendo la eliminación de las lesiones tras los mismos.
Se decide pautar tratamiento con Klisyri® a razón de un sobre al día durante 5 noches consecutivas con gran tolerabilidad por la paciente.
A los 2 meses podemos apreciar un leve eritema residual sin lesiones palpables, sin sangrado y sin molestias (figura 2).



Figura 1.



Figura 2.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La queratosis actínica es una afección habitual de la piel causada por el daño solar. Se produce sobre todo en las zonas de mayor exposición a la radiación ultravioleta. Su incidencia ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población, a la mayor exposición a los rayos UV y a los cambios en el comportamiento de la sociedad, que se expone en mayor medida al sol (3). Se calcula que su prevalencia en la población está en torno al 18% (4).
Tras la comercialización de tirbanibulina tópica para el tratamiento de las queratosis actínicas, su uso se ha extendido rápidamente dada la buena tolerabilidad y la alta eficacia clínica.
Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de cáncer de piel e importante fotodaño, que presentaba una lesión eritematodescamativa sangrante persistente y resistente a varios tratamientos previos en el dorso nasal, y que se ha resuelto de forma satisfactoria tras el tratamiento con tirbanibulina tópica.

Bibliografía:

1.Ficha técnica de Klisyri.Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211558001/FT_1211558001.html.
2.Schlesinger T, et al. Safety and tolerability of Tirbanibulin 1% treatment of actinic keratosis on face and scalp in routine clinical practice across the U.S (PROAK study) Skin. 2023; 7(3): 771-87.
3.Chetty P, et al. Primary care review of actinic keratosis and its therapeutic options: a global perspective. Dermatol Ther 2015; 5(1): 19-35.
4. Lucas R, et al. Solar ultraviolet radiation: Global burden of disease from solar ultraviolet radiation: Organización mundial de la salud, 2006.

Excelente respuesta a tirbanibulina en queratosis actínicas recalcitrantes

Daniel Vírseda González[1], María Córdoba García-Rayo[1], Noelia Medrano Martínez[1], Cristina Ciudad Blanco[1,2]
1. Servicio de Dermatología médico-quirúrgica y Venereología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
2. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM)

INTRODUCCIÓN

Tirbanibulina 1% ha demostrado efectividad en el aclaramiento de las queratosis actínicas localizadas en el área de cabeza y cuello. Dada la alta recurrencia en pacientes con importante fotodaño, no es infrecuente la recurrencia de las lesiones previas. Debido a ello, algunos pacientes reciben numerosos ciclos de diferentes tratamientos con respuestas subóptimas, a costa de efectos adversos no despreciables. Tirbanibulina, gracias a su diferente mecanismo de acción, podría representar una terapia de rescate en queratosis actínicas recalcitrantes que no han logrado responder a diferentes tratamientos previos.

ANAMNESIS

Varón de 71 años con hipertensión arterial en tratamiento con enalapril-hidroclorotiazida y dislipemia en tratamiento con atorvastatina. Destaca importante daño solar, debido a residir durante largo tiempo en zona de playa. A causa del daño actínico y los hábitos de fotoprotección insuficientes, precisa seguimiento en consultas de Dermatología por importante campo de cancerización. Ha precisado numerosas terapias incluyendo crioterapia de lesiones aisladas, diclofenaco (con respuesta parcial), imiquimod 5% (respuesta parcial y mala tolerancia), ingenol mebutato (respuesta parcial) y 5-fluorouracilo (buena respuesta, pero importante irritación que impedía retratamiento). En la última consulta, se propone terapia fotodinámica convencional con ácido 5-aminolevulínico. Durante el procedimiento, pese al empleo de analgesia y medidas calmantes, el paciente experimenta importante dolor. En la siguiente consulta, persisten algunas queratosis actínicas sobre todo en región malar derecha y en piel de zona supralabial.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la imagen inicial, previa al tratamiento con tirbanibulina (Figura 1), se objetivan dos queratosis actínicas en zona supralabial y 3 queratosis actínicas en región malar derecha, con AKASI de 1,6. No se observaron lesiones sugestivas de carcinoma basocelular o carcinoma espinocelular que precisasen intervención quirúrgica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Debido a la persistencia de lesiones pese a varios tratamientos previos, y la negativa a repetir tratamientos como el 5-fluorouracilo o la terapia fotodinámica, que habían sido mal tolerados, se propone tratamiento de las queratosis actínicas actuales con tirbanibulina 1% con una aplicación diaria durante cinco días.

Se realiza control presencial al mes siguiente de iniciar el tratamiento (Figura 2). En dicha revisión destaca una reducción significativa de las lesiones, quedando mínimo eritema en las lesiones de la zona supralabial, con un AKASI de 0,8. Como efectos adversos, el paciente refiere mínimo eritema en las semanas siguientes al ciclo de tratamiento, con una tolerancia significativamente mayor en comparación con los tratamientos previos.

Se realiza una revisión posterior a los cuatro meses de completar el ciclo de tratamiento (Figura 3), en la que se objetivó un aclaramiento completo de las lesiones (AKASI 0). No se recogieron efectos adversos tardíos asociados al ciclo de tratamiento.



Figura 1. Fotografía basal del paciente previo a iniciar tirbanibulina. Se aprecian dos queratosis actínicas (QA) en piel supralabial derecha (flechas amarillas) y 3 QA en mejilla derecha (flechas blancas).



Figura 2. Fotografía en el día +30 tras completar ciclo de tirbanibulina durante cinco días. Se aprecia un aclaramiento de las lesiones previas, quedando algo de eritema en piel de labio superior.



Figura 3. Fotografía en el día +120 tras completar ciclo de tirbanibulina. Se aprecia un aclaramiento completo de las lesiones previas.

CONCLUSIONES

- En pacientes con daño actínico crónico, la tasa de recurrencia de las queratosis actínicas es alta. Por ello, es frecuente la necesidad de retratamiento, bien con la misma línea terapéutica o bien con diferentes terapias de forma secuencial.
- Tirbanibulina 1% en crema es eficaz en el tratamiento de queratosis actínicas refractarias a otros tratamientos previos incluyendo terapias físicas (crioterapia) como farmacológicas (imiquimod, 5-fluorouracilo, diclofenaco, terapia fotodinámica).
- Tirbanibulina 1% en crema representa un posible tratamiento en pacientes con mala tolerancia a otras terapias debido a su menor tasa de efectos adversos.

Bibliografía:

1. Blauvelt Andrew, Kempers Steven, Lain Edward, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. New England Journal of Medicine. 2021;384(6):512-520.
2. Eisen DB, Dellavalle RP, Frazer-Green L, Schlesinger TE, Shive M, Wu PA. Focused update: Guidelines of care for the management of actinic keratosis. J Am Acad Dermatol. 2022;87(2):373-374.e5.
3. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(1):58-66.

Eficacia de la pomada de tirbanibulina 1% (Klisyri®) en la resolución de queratosis actínicas desde el punto de vista clínico

Isabel María Coronel Pérez, Juan Manuel Morón Ocaña, Julia Clavijo Herrera, Pedro Martínez Arredondo.
Servicio de dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla).

INTRODUCCIÓN

En el manejo terapéutico de la queratosis actínica son fundamentales factores como la eficacia clínica y la persistencia de los efectos obtenidos a lo largo del tiempo, pero también es deseable que el tratamiento no repercuta en la calidad de vida del paciente (mínimos efectos secundarios, corto tiempo de uso, etc.) y, además, es ideal que se obtenga un buen resultado estético tras realizar el tratamiento

ANAMNESIS

Varón de 79 años, fototipo II, con exposición laboral crónica al sol y antecedentes de cáncer cutáneo no melanoma (carcinomas basocelular y espinocelular in situ extirpados quirúrgicamente).

Acudió a revisión periódica refiriendo persistencia de lesiones rasposas en zonas faciales y de cuero cabelludo, donde había recibido a lo largo de los últimos 10 años tratamiento con crioterapias periódicas, ácido retinoico 0.05% crema, diclofenaco 3% en ácido hialurónico 2,5% gel, 5-fluorouracilo 0,5% + ácido salicílico 10% solución, terapia fotodinámica convencional con lámpara (metilaminolevulinato) y con luz de día (ácido 5-aminolevulínico) e imiquimod 5% crema.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En región fronto-temporal derecha, zona de piel con signos de daño actínico crónico, presentaba varias lesiones eritematodescamativas de tamaño entre 2 y 6 mm, no infiltradas, así como una lesión de unos 15 mm más pigmentada con un área hipertrófica en el lateral externo de la zona malar derecha (Figura 1).

Se realizó diagnóstico clínico de queratosis actínicas atendiendo a la regla de las 5R[1].

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se indicó tratamiento con Klisyri® pomada (tirbanibulina 1%) por las noches durante 5 días, con buena tolerancia y sin efectos secundarios comentados por el paciente. Dos meses más tarde, en la revisión se apreció la desaparición clínica de las lesiones tratadas en la región fronto-temporal, así como una respuesta parcial en la zona más hipertrófica de la queratosis actínica pigmentada, pero con una mejoría notable de su pigmentación.



Figura 1. Placas eritematodescamativas en región fronto-temporal derecha (círculos rojos) y mácula marrón claro con escamas pigmentadas y una zona hipertrófica en su zona interna y superior (círculo blanco)



Figura 2. Desaparición de las lesiones iniciales de la zona fronto-temporal y mejoría del grosor de la zona hipertrófica con aclaramiento del color de la queratosis actínica pigmentada malar.

CONCLUSIONES

Klisyri® es un tratamiento eficaz de las queratosis actínicas que consigue no sólo eliminar las lesiones, sino que también de forma paralela permite obtener otros beneficios como mejorar la coloración oscura de las queratosis actínicas pigmentadas. La mejoría significativa de la intensidad del daño actínico de la piel después del tratamiento ya se ha comprobado en un estudio (77,4% de los pacientes tenían daño moderado-grave antes de iniciar el tratamiento con Klisyri® y el porcentaje se redujo a un 39,6% a las 8 semanas) [2].

Bibliografía:

1. Diisponible en https://www.ensupiel.es/como-detectar-lesiones/
2. Schlesinger T, Kircik L, Del Rosso J, Rigel D, Lebwohl M, Berman B et al. Clinician- and Patient-reported Outcomes with Tirbanibulin 1% Treatment for Actinic Keratosis in Routine Clinical Practice Across the U.S. (PROAK Study). SKIN 2023; 7:771-87.

Queratosis actínicas resistentes tratadas con Tirbanibulina

Fernando Gruber Velasco[1], Belén Romero Jiménez[1], Catalina Axpe Gil[1], María Jesús Barros Eyzaguirre[1]
Servicio de Dermatología[1] Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una afección cutánea asociada con la exposición prolongada a la luz ultravioleta, caracterizada por la proliferación descontrolada de queratinocitos que pueden convertirse en carcinoma escamoso cutáneo. Tirbanibulina, un nuevo fármaco sintético con potentes efectos antiproliferativos y antitumorales, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la QA y del campo de cancerización.[1]

ANAMNESIS

Paciente varón de 80 años en seguimiento clínico y ecográfico en nuestro servicio por hacer presentado un carcinoma epidermoide de alto riesgo (CECAR) en cuero cabelludo en 2022 y múltiples carcinomas epidermoides y carcinomas basocelulares en región facial. En los últimos cuatro años el paciente había realizado múltiples tratamientos para queratosis actínicas entre los que se incluyen: Crioterapia, 5-fluorouracilo tópico, imiquimod 5% y terapia fotodinámica.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la exploración física se observan múltiples placas eritematodescamativas en región facial, fundamentalmente localizadas en sien derecha y en cuero cabelludo. Además, también se observaba una intensa elastosis solar en zonas fotoexpuestas. Las lesiones eran compatibles con queratosis actínicas y con campo de cancerización.



Figura 1. Placas eritematodescamativas sugestivas de queratosis actínicas y elastosis solar atribuidas a fotoexposición solar crónica en paciente de edad avanzada.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Debido a que el paciente quería un tratamiento de corta duración y que no le ocasionara dolor e inflamación se optó por tratamiento con tirbanibulina cinco días.
Dos semanas después el paciente acude a revisión presentando una resolución de la lesión de queratosis actínica con placa eritematoblanquecina no descamativa residual (Figura 2). El paciente refiere estar muy satisfecho con la pauta, el efecto y los resultados del tratamiento

CONCLUSIONES

El tratamiento con tirbanibulina para la queratosis actínica y el campo de cancerización no solo ha demostrado eficacia en ensayos clínicos, sino que también se han observado resultados positivos en la práctica clínica. Las buenas respuestas completas y parciales al tratamiento unido a su excelente tolerabilidad posicionan a este tratamiento como una buena opción terapéutica.



Figura 2. Placa eritematosa residual en área de queratosis actínica resuelta tratada con tirbanibulina.

Bibliografía:

1. Gilaberte, Y. and Fernández-Figueras, M.T. (2022) 'Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis Actínica', *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 113(1), pp. 58–66. doi:10.1016/j.ad.2021.07.006.
2. Li Pomi, F. *et al.* (2024) 'Tirbanibulin 1% ointment for actinic keratosis: Results from a real- life study', *Medicina*, 60(2), p. 225. doi:10.3390/medicina60020225.

Tirbanibulina: nuevos horizontes en el tratamiento de las queratosis actínicas

Luis Jiménez Briones, Noelia Medrano Martínez, María Córdoba García-Rayo, Cristina Ciudad Blanco
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples alternativas terapéuticas para el tratamiento del campo de cancerización. Sin embargo, la larga duración y la irritación generada por algunos de los tratamientos limitan el cumplimiento, dando lugar a tratamientos incompletos o subóptimos. En este contexto, tirbanibulina aparece como una nueva opción terapéutica, eficaz, fácil de emplear y con escasos efectos secundarios

ANAMNESIS

Varón de 82 años, independiente en actividades básicas de vida diaria, que vive solo en su domicilio habitual, que acude por lesiones hiperqueratósicas en cuero cabelludo de largo tiempo de evolución. Había realizado previamente tratamiento con crioterapia con buena respuesta y tolerancia. Posteriormente, por extensión de las lesiones, había realizado tratamiento con terapias de campo durante varios días. Con estas terapias, había obtenido buen resultado clínico, pero le había resultado incómoda su aplicación porque vive solo y nos comentaba que eran muchos días de tratamiento y con mucha irritación

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Fototipo Fitzpatrik II
Daño actínico crónico en cuero cabelludo, con múltiples lentigos solares.

Diagnóstico: queratosis actínicas en campo de cancerización

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dada la respuesta incompleta a tratamientos de campo previos y las limitaciones del paciente, se decidió tratamiento con tirbanibulina tópica una aplicación al día durante 5 días. A los 57 días, se observó un aclaramiento prácticamente completo de las lesiones. Como eventos adversos, el paciente comentó un leve eritema asociado, pero buena tolerancia. El paciente estaba muy satisfecho con el tratamiento y destacó su fácil aplicación durante 5 noches consecutivas, ninguna molestia local, buena impresión respecto a curación porque ya no “palpa” las lesiones que antes le molestaban.



Figura 1. Basal, con lesiones hiperqueratósicas en cuero cabelludo.



Figura 2. Día 8, con leve eritema asociado en la zona tratada.



Figura 3. Día 57, con resolución completa de las lesiones hiperqueratósicas.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina tópica constituye una alternativa eficaz en el tratamiento de queratosis actínicas, con una buena tolerancia, escasos efectos adversos asociados y unos buenos resultados a largo plazo. El perfil de seguridad del tratamiento y la fácil posología aumenta la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes de edad avanzada, con mayores limitaciones para completar pautas más largas.

Bibliografía:
1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66.
2. Kirchberger MC, Gfesser M, Erdmann M, Schliep S, Berking C, Heppt MV. Tirbanibulin 1% Ointment Significantly Reduces the Actinic Keratosis Area and Severity Index in Patients with Actinic Keratosis: Results from a Real-World Study. J Clin Med. 2023 Jul 22;12(14):4837.
3. Pellacani G, Schlesinger T, Bhatia N, Berman B, Lebwohl M, Cohen JL, Patel GK, Kunstfeld R, Hadshiew I, Lear JT. Efficacy and safety of tirbanibulin 1% ointment in actinic keratoses: Data from two phase-III trials and the real-life clinical practice presented at the European Academy of Dermatology and Venereology Congress 2022. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024 Jan;38 Suppl 1:3-15.

Tirbanibulina elimina la lesión con mayor tolerancia y adherencia

C. Ana Villanueva Álvarez-Santullano, Belén Rodríguez Sánchez, Luis Jiménez Briones y Cristina Ciudad Blanco.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La tirbanibulina es un medicamento tópico, aprobado para el tratamiento de la queratosis actínica en cara y cuero cabelludo. Las queratosis actínicas son lesiones cutáneas que se suelen desarrollar en la edad adulta en personas con intenso daño actínico, y presentan una elevada recurrencia[1]. El mecanismo de acción tiene potentes efectos antiproliferativos y antitumorales, debido a su capacidad para inducir la detención del ciclo celular y la muerte celular apoptótica[2].

ANAMNESIS

Mujer de 83 años. No RAMC

- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Injertos a nivel facial por quemaduras hace más de 50 años.
- Tratada con crioterapia y cirugía una lesión en el dorso nasal en el año 2017, con sospecha de carcinoma epidermoide. El estudio histológico de la lesión mostró una queratosis actínica con displasia moderada/severa en el dorso nasal. Márgenes de la toma están libres, con displasia epitelial leve. Presenta elastosis dérmica generalizada.

Remitida para estudio y tratamiento de nueva lesión en el lóbulo nasal de 6 a 8 meses de evolución, ya tratada con crioterapia. Manifestaba su rechazo a repetir tratamientos con crioterapia.

.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, presenta una placa mal delimitada de menos de 1 cm, rasposa al tacto, no infiltrada. Con la exploración, antecedentes personales y la clínica, sospechamos una nueva lesión compatible con una queratosis actínica. Por lo que se recomienda tratamiento.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se plantean las opciones terapéuticas. En este caso, por el claro y enérgico rechazo de la paciente a realizar tratamiento con crioterapia. Se propone tratamiento con tirbanibulina una aplicación al día durante cinco días (Klisyri®).



Figura 1. Placa eritematosa, mal delimitada de menos de 1 cm en el lóbulo nasal (pretratamiento). Intenso daño actínico.



Figura 2. Imagen post-tratamiento.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante un caso clínico en el que el tratamiento cumplió el objetivo principal, eliminó la lesión, y fue muy bien tolerado por la paciente. Este caso evidencia, una vez más, el avance en las nuevas terapias en las que se busca la mayor tolerancia y adherencia al tratamiento para evitar la evolución a cáncer cutáneo.

Bibliografía:

1. Eisen D B, Asgari M M, Bennett D D, Connolly S M, Dellavalle R P, Freeman E E, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis, J Am Acad Dermatol, 2021; 85 (4): e209-33.
2. Gilaberte Y, Fernández-Figueras M T. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis, Actas Dermosifiliogr, 2022; 113 (1): 58-66.

Pacientes con pabellón auricular despegado: importancia del diagnóstico y tratamiento de queratosis actínicas en esta localización

Cristina Ciudad Blanco, Noelia Medrano Martínez, Luis Jiménez Briones, Ana Villanueva Álvarez-Santullano.
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas son lesiones con potencial de progresión a carcinoma escamoso cutáneo que asientan en áreas fotoexpuestas. La cara, el cuero cabelludo y las manos son las localizaciones más frecuentes. Los pabellones auriculares también son zonas muy fotoexpuestas, especialmente en personas con el cabello corto y con las orejas prominentes. Se considera una localización de alto riesgo, si se desarrolla un carcinoma epidermoide, por lo que es muy importante diagnosticar y tratar las queratosis actínicas en esta zona anatómica.

ANAMNESIS

Paciente varón de 77 años con intenso daño actínico y antecedentes de queratosis actínicas en cara, pabellones auriculares y manos. Las lesiones habían sido tratadas con crioterapia, imiquimod y terapia fotodinámica, la mayor parte de ellas, con buena respuesta. Sin embargo, las queratosis actínicas en la cara posterior del pabellón auricular habían recidivado rápidamente tras las 3 terapias realizadas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente tenía un pabellón auricular izquierdo prominente. En la cara posterior presentaba unas pápulas eritematosas descamativas, no infiltradas, ocupando un área de 2 cm² (Fig.1). Tras el diagnóstico clínico de queratosis actínicas, se habían realizado en los 4 años previos tratamientos con crioterapia, imiquimod y terapia fotodinámica. Sin embargo, las lesiones habían vuelto a recidivar a los pocos meses de cada terapia.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras los tratamientos realizados previamente, el paciente refería que prefería terapias que se hicieran en la consulta o pautas sencillas de autoadministración. Se pautó tratamiento con Klisyri® durante 5 días consecutivos. En la revisión a los 60 días las lesiones se habían aclarado en más de un 90% (Fig. 2). El paciente se mostraba muy satisfecho por la comodidad de la aplicación, sin notar ninguna molestia, y por la sensación de curación, al no palpar las lesiones. En la revisión a los 18 meses, se mantenía el aclaramiento superior al 90%, sin requerir ninguna otra terapia hasta la fecha (Fig. 3 y 4), a excepción de una estricta fotoprotección solar.



Figura 1. Queratosis actínicas en cara posterior de pabellón auricular izquierdo en un área de 2 cm².



Figura 2. Aclaramiento >90% de las lesiones a los 60 días del tratamiento con Klisyri®.



Figuras 3 y 4. Revisión a los 18 meses. Se mantiene un aclaramiento >90% de las queratosis actínicas tratadas con Klisyri®.

CONCLUSIONES

Los pabellones auriculares:

- Son áreas muy fotoexpuestas con una menor concienciación de la necesidad de fotoprotección por parte de los pacientes.
- Si se desarrolla un carcinoma escamoso cutáneo, son zonas de alto riesgo para la progresión tumoral.
- Las queratosis actínicas en esta localización deben ser tratadas y controladas periódicamente.

Klisyri®:

- Es un tratamiento eficaz para el tratamiento de las queratosis actínicas.
- Es un tratamiento bien tolerado por la mayor parte de los pacientes.
- Tiene una pauta posológica cómoda y corta que mejora la adherencia al tratamiento.
- La respuesta puede mantenerse tras 18 meses de tratamiento.

Bibliografía:

1. Ferrándiz C, Plazas MJ, Sabaté M, Palomino R; EPIQA Study Group. Prevalence of actinic keratosis among dermatology outpatients in Spain. Actas Dermosifiliogr. 2016 Oct;107(8):674-80.
2. Blauvelt A, et al. Phase 3 Tirbanibulin for Actinic Keratosis Group. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021 Feb 11;384(6):512-520.
3. Schlesinger, T et al. Clinician-and Patient-Reported Outcomes with Tirbanibulin 1% Treatment for Actinic Keratosis in Routine Clinical Practice Across the US (PROAK Study). SKIN The Journal of Cutaneous Medicine, 2023, 7(3), 771-787.
4. Einsen DB et al. Focused update: Guidelines of care for the management of actinic keratosis. J Am Acad Dermatol. 2022 Aug;87(2):373-374.e5.

Queratosis Actínicas: Tirbanibulina, un Enfoque Eficaz, Sencillo y Seguro

Malena Finello; Daniel Blaya Imbernón; Carolina Labrandero Hoyos; Rodrigo Peñuelas Leal; Andrés Grau Echevarría; Ángel González García; Elena Pérez Zafrilla; Gemma María Pérez Pastor.
Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Se trata de una mujer de 71 años con múltiples comorbilidades, incluyendo policitemia tratada con hidroxiurea desde hace diez años y un importante fotodaño cutáneo.
Se encuentra bajo seguimiento dermatológico anual debido a antecedente de extirpación de tres carcinomas basocelulares en la cara y un melanoma de extensión superficial en el brazo izquierdo.
Presenta también múltiples queratosis actínicas no hipertróficas en cara, cuello y dorso de manos, por las cuales ha recibido varios tratamientos.

ANAMNESIS

En la última revisión presenta la sien izquierda una queratosis actínica pigmentada de 1 año de evolución, resistente a dos aplicaciones de crioterapia y un ciclo de imiquimod.
La paciente manifiesta malestar por la lesión debido a su impacto estético y expresa fatiga ante tratamientos tópicos prolongados, rechazando la posibilidad de repetir imiquimod debido a la importante irritación local que ha experimentado previamente.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se identifica una mácula parda de 1 cm de diámetro de márgenes irregulares en la sien izquierda de textura áspera al tacto. Al examen dermatoscópico se observa un patrón granular anular con puntos gris pizarra.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Debido al fracaso de los tratamientos previos, se prescribe tirbanibulina una vez al día durante 5 días en un área de 25 cm^2.
Desarrolla un leve eritema asintomático sobre la zona afectada a los 4 días, el cual desaparece espontáneamente en menos de una semana.
En la consulta de seguimiento al mes, la piel de la sien izquierda muestra un aspecto normal y la paciente reporta una alta satisfacción con el tratamiento.

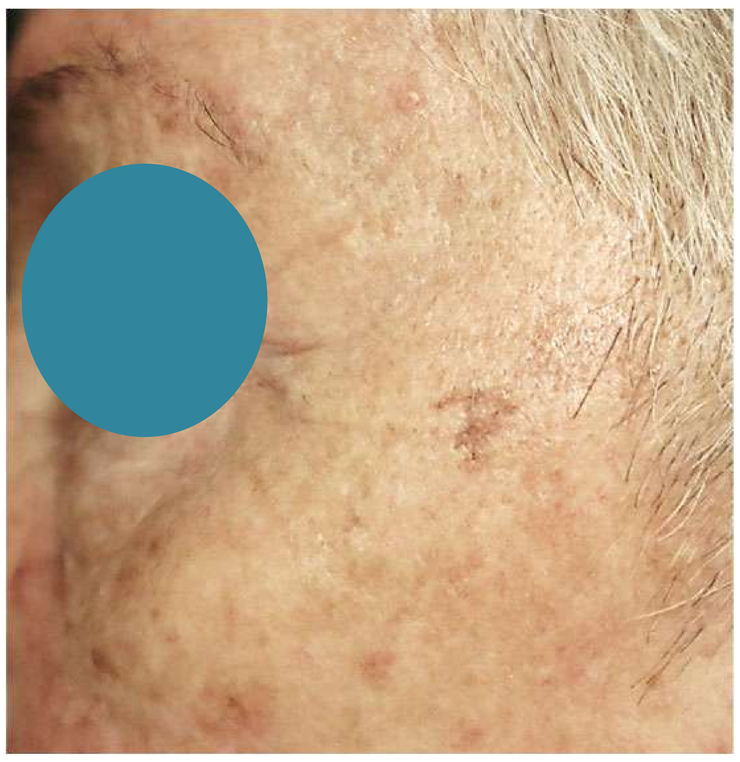


Figura 1. Queratosis actínica pigmentada en sien izquierda.



Figura 2. Patrón granular anular en dermatoscopia.



Figura 3. Aspecto normal de la piel 8 semanas post tratamiento.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina, un fármaco tópico que inhibe la tubulina y las kinasas de la familia Src, se muestra como una opción eficaz en el tratamiento de queratosis actínicas no hipertróficas. Su mecanismo de acción implica la inhibición reversible de la polimerización de la tubulina y la regulación negativa de las vías de señalización Src.
Además de su eficacia comparable a la de otros tratamientos no quirúrgicos, destaca por su buena tolerabilidad y una pauta de administración corta y sencilla.
Estas características hacen de este tratamiento una alternativa conveniente para pacientes de edad avanzada, con múltiples comorbilidades, polimedicados, fotodaño marcado y que requieren el tratamiento de múltiples lesiones de queratosis actínica.
Los esquemas terapéuticos simples facilitan la adherencia terapéutica y minimizan el riesgo de errores de administración.

Bibliografía:
1. Ahn CS, Culp L, Huang WW, Davis SA, Feldman SR. Adherence in dermatology. J Dermatolog Treat. 2017;28(2):94-103. doi:10.1080/09546634.2016.1181256.
2. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, et al. Phase 3 Trials of Tirbanibulin Ointment for Actinic Keratosis. N Engl J Med. 2021;384(6):512-520. doi:10.1056/NEJMoa2024040.
3. Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol.

Tirbanibulina en el tratamiento de la queratosis actínica en paciente receptor de trasplante de órgano sólido

Pilar Luque Varela, Ana Carmona Olveira, Ignacio Castaño Uhagon
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las queratosis actínicas es la estrategia principal de prevención secundaria del carcinoma escamoso cutáneo. Esta prevención se torna de especial interés en pacientes trasplantados, ya que en estos la incidencia de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM) se encuentra más elevada que la población general. Los pacientes receptores de trasplante de órgano sólido (RTOS) tienden a presentar formas más agresivas de carcinomas escamosos. Presentamos un caso de tratamiento de queratosis actínicas con tirbanibulina en un paciente con trasplante renal y antecedentes de varios CCNM.

ANAMNESIS

Varón de 76 años, trasplantado renal hace 15 años, en seguimiento por nuestro servicio por AP de carcinoma basocelular en dorso nasal en 2014, carcinoma ecrino siringomatoso en 2016 en sien izquierda tratado con cirugía + radioterapia y carcinoma escamoso bien diferenciado e infiltrante superficial en hélix derecho en 2019.
Además, historia de larga data de queratosis actínicas que no habían respondido al tratamiento con diclofenaco tópico ni a terapia fotodinámica.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración el paciente presentaba múltiples queratosis actínicas en región facial, destacando la afectación de la zona de mejilla derecha y dorso nasal.
No presentaba signos de recidiva de sus lesiones previas ni lesiones sospechosas de malignidad en el momento actual.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento con tirbanibulina 1% durante 5 días seguidos. El paciente experimentó leve eritema y prurito en la zona de aplicación, que el paciente toleró sin precisar tratamiento. Se revisó al paciente al mes de tratamiento, evidenciándose una gran mejoría de las lesiones queratósicas y un aclaramiento de varios lentigos solares. (**Figuras 1, 2 y 3)**
La satisfacción global del paciente con el tratamiento fue muy buena, admitiendo en la entrevista clínica que volvería a repetir el tratamiento si fuera preciso.

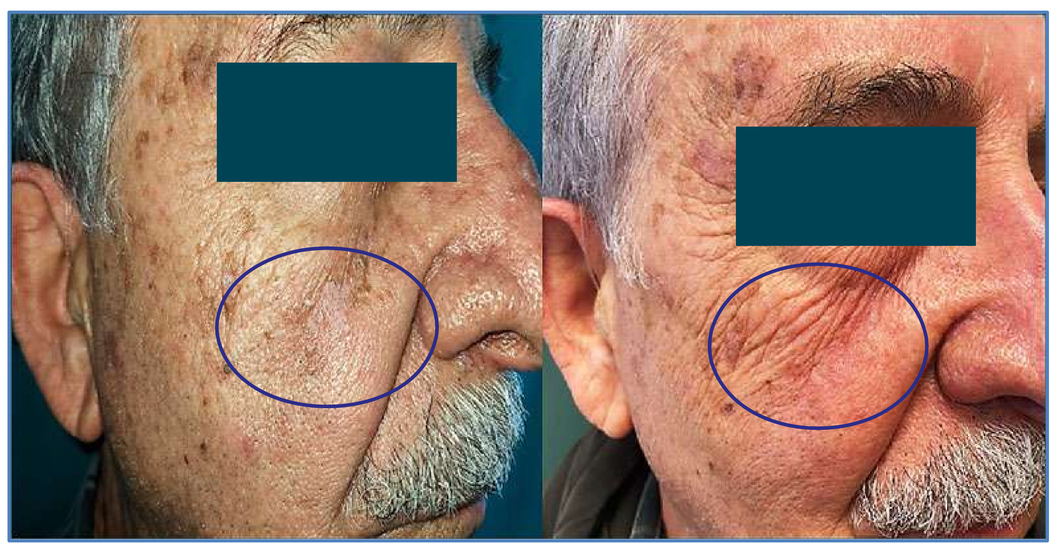


Figura 1. A la izquierda la imagen previa al tratamiento. A la derecha a los 30 días de iniciar tirbanibulina 1%

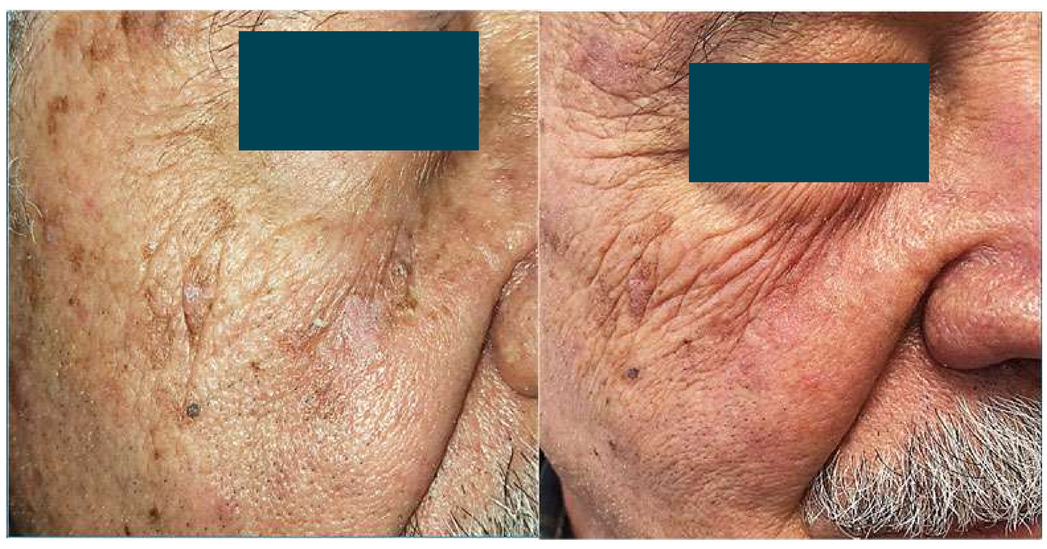


Figura 2. A la izquierda, imagen previa al tratamiento, a la derecha a los 30 días del tratamiento. Destaca además el aclaramiento de los léntigos solares.



Figura 3. A la izquierda, imagen previa al tratamiento. A la derecha a los 30 días del tratamiento. Se puede observar el efecto global de mejoría de las queratosis actínicas y del aspecto de la piel en general.

CONCLUSIONES

Tirbanibulina es un tratamiento efectivo, con una baja tasa de efectos adversos y con una posología sencilla. Por todo ello, se postula como una herramienta de gran utilidad en este tipo de pacientes RTOS con mayor riesgo para el desarrollo de cáncer de piel ya que facilita la adherencia terapéutica y permite el abordaje de áreas más amplias con una excelente tolerancia.
Hay que resaltar la importancia de revisar a los pacientes pasados al menos 29 días, ya que debido al mecanismo de acción del medicamento (por apoptosis) éste alcanza su máxima efectividad en este momento.
Por último, y aunque no es el objetivo principal del tratamiento, se ha descrito un efecto de rejuvenecimiento y aclaramiento de lentigos solares en pacientes tratados con tirbanibulina, tal y como se puede observar en nuestro paciente.

Bibliografía:
1. Thet Z, Lam AK, Ranganathan D, Aung SY, Han T, Khoo TK. Reducing non-melanoma skin cancer risk in renal transplant recipients. Nephrology (Carlton). 2021 Nov;26(11):907-919. doi: 10.1111/nep.13939. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34240786..
2. Morelló Vicente A, Oteiza Rius I, Aguado Gil L. Actinic Keratosis in Solid Organ Transplant Recipients: A Medical Literature Review. Actas Dermosifiliogr. 2024 Apr;115(4):368-373. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2023.10.021. Epub 2023 Nov 2. PMID: 37925069.
3. Schlesinger T, Stockfleth E, Grada A, Berman B. Tirbanibulin for Actinic Keratosis: Insights into the Mechanism of Action. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2022 Nov 16;15:2495-2506. doi: 10.2147/CCID.S374122. PMID: 36415541; PMCID: PMC9675993.

Uso de tirbanibulina tópica en queratosis actínicas de cuero cabelludo

Julia Clavijo Herrera[1], Juan Manuel Morón Ocaña[1], Pedro Martínez Arredondo[1], Isabel María Coronel Pérez[1]
[1]Unidad de Gestión Clínica de Dermatología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme

INTRODUCCIÓN

La **queratosis actínica** es una lesión cutánea inducida por la radiación ultravioleta acumulada[1,2] con una **alta prevalencia** en personas de edad media y avanzada. Posee un **carácter premaligno**[1], pudiendo llegar a degenerar en un carcinoma de células escamosas invasivo[2,3] potencialmente mortal.
Al final de la interfase del ciclo de reproducción celular, los microtúbulos transportan los cromosomas a polos opuestos de la célula para finalizar la división. La pomada de Tirbanibulina al 1% provoca la **disrupción de los microtúbulos** mediante su unión a la tubulina, interrumpiendo el ciclo celular e induciendo la apoptosis de las células proliferativas. Por otro lado, la disgregación de los microtúbulos altera el transporte intracelular de la proteína Src, implicada en la progresión tumoral, disminuyendo su actividad.[4]

ANAMNESIS

Varón de 82 años con antecedentes de queratosis actínicas remitido desde atención primaria por aparición de múltiples lesiones eritematodescamativas en cuero cabelludo de varios meses de evolución. Realizó tratamiento previo de dichas lesiones con crioterapia, diclofenaco tópico y terapia fotodinámica con luz de día.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física, presenta múltiples lesiones eritematodescamativas agrupadas, levemente palpables y ásperas al tacto, compatibles con queratosis actínicas (Figura 1) en la zona frontoparietal del cuero cabelludo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se indica la aplicación en las lesiones de pomada de Tirbanibulina al 1% 1 vez al día durante 5 días consecutivos.
En la visita de revisión realizada 2 meses después de la finalización del tratamiento, el paciente refiere buena tolerancia con escasa irritación en la zona de aplicación autolimitada. En la exploración física, se objetiva resolución completa clínica y dermatoscópica de todas las lesiones tratadas.



Figura 1. Pretratamiento: múltiples queratosis actínicas en la región frontoparietal.

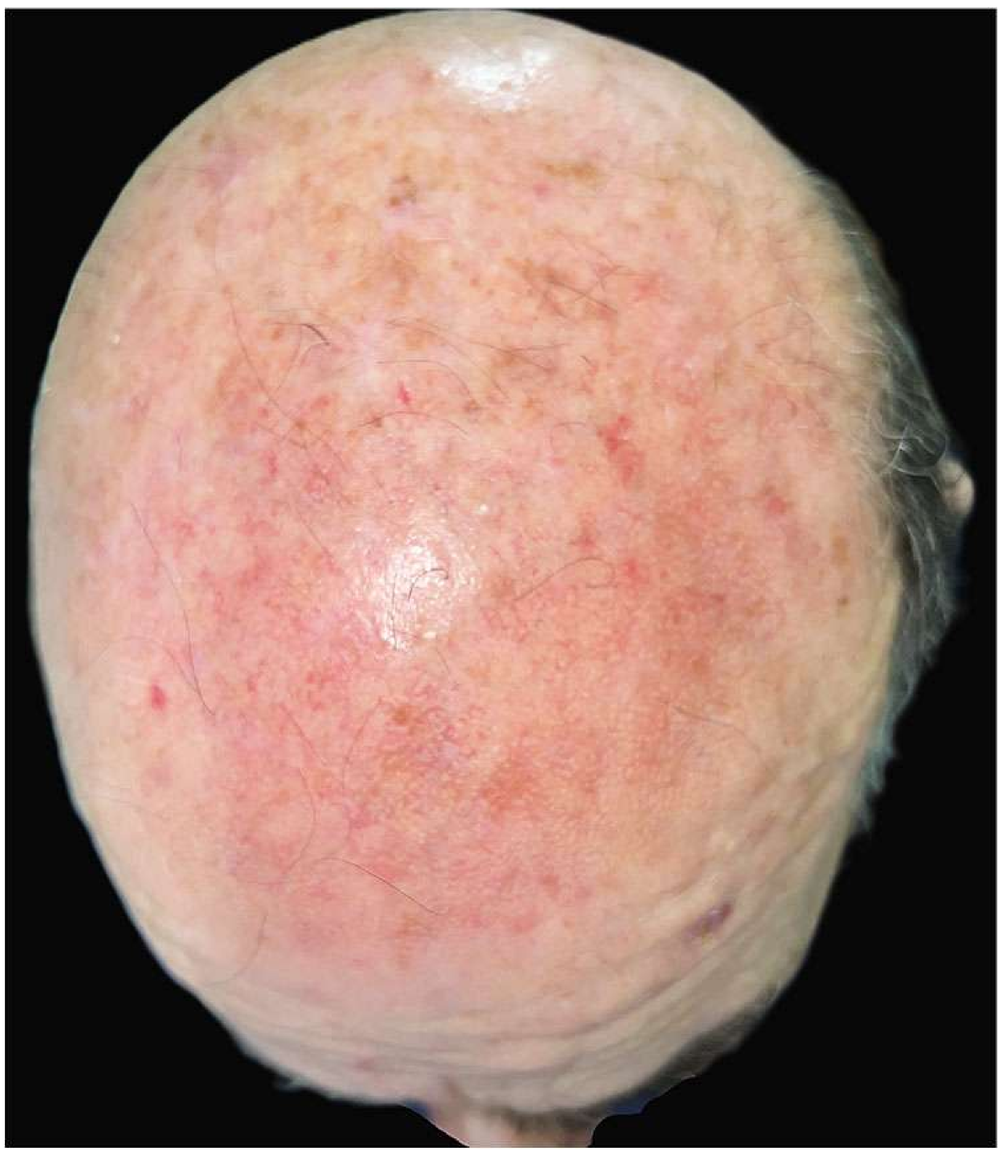


Figura 2. Postratamiento: resolución completa de todas las lesiones.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina tópica es un **tratamiento efectivo** para **queratosis actínicas** que ofrece importantes ventajas respecto a otras alternativas disponibles:
- **Corta duración** del tratamiento: sólo 5 días.
- **Buen perfil de seguridad**: baja proporción de efectos adversos, la mayoría de los cuáles son de carácter leve, local y transitorio[1,2].

Bibliografía:

1. DuBois J, Jones TM, Lee MS, Falqués M, Kiyasova V, Jiménez G, et al. Pharmacokinetics, Safety, and Tolerability of a Single 5-Day Treatment of Tirbanibulin Ointment 1% in 100 cm 2 : A Phase 1 Maximal-Use Trial in Patients with Actinic Keratosis. Clin Pharmacol Drug Dev. 2024 Feb 7;13(2):208–18.
2. Campione E, Rivieccio A, Gaeta Shumak R, Costanza G, Cosio T, Lambiase S, et al. Preliminary Evidence of Efficacy, Safety, and Treatment Satisfaction with Tirbanibulin 1% Ointment: A Clinical Perspective on Actinic Keratoses. Pharmaceuticals. 2023 Dec 4;16(12):1686.
3. Mazur E, Kwiatkowska D, Reich A. Reflectance Confocal Microscopy and Dermoscopy of Facial Pigmented and Non-Pigmented Actinic Keratosis Features before and after Photodynamic Therapy Treatment. Cancers (Basel). 2023 Nov 27;15(23):5598.
4. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58–66.

Un nuevo tratamiento tan efectivo como sencillo: Klisyri®

Rubén Muriel Cantarero, Blanca Moyano Almagro, Eduardo López Vera, Andrea Monedero de la Orden
Hospital Regional Universitario de Málaga, Servicio de Dermatología y Venereología.

INTRODUCCIÓN

Las **queratosis actínicas** consisten en cambios preneoplásicos que sufren los queratinocitos como consecuencia a la exposición crónica de radiación ultravioleta (**RUV**), son consideradas **carcinomas espinocelulares** (CE) in situ con bajo riesgo de evolución a CE invasivo que se manifiestan como lesiones levemente eritematosas, rasposas a la palpación, que aparecen sobre áreas de piel con daño actínico crónico.
Resulta difícil estimar la prevalencia de la queratosis actínica (QA), aun así, la incidencia de QA va en aumento afectando a millones de pacientes en todo el mundo, convirtiéndose así en el carcinoma in situ **más frecuente** en el ser humano.

ANAMNESIS

Acude a nuestra consulta un paciente varón de 80 años derivado por lesiones en área frontal. Sin alergias medicamentosas conocidas previamente, tampoco refiere patologías reseñables concomitantes salvo hipertensión bajo tratamiento farmacológico. Actualmente jubilado comenta haber trabajado toda su vida como transportista de mercancías.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración observamos un paciente **fototipo II** con extenso **daño solar**, principalmente en área frontal, dónde pudimos apreciar lesiones eritematosas y rugosas al tacto clasificables como **queratosis actínicas sin llegar a ser hiperqueratósicas**. El recuento de las mismas en el área de la frente fue de 12 lesiones.

Juicio Clínico: Queratosis Actínicas no hiperqueratósicas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Nuestro paciente ya había realizado tratamientos previos de las lesiones en dos ocasiones. Inicialmente con **crioterapia**, posteriormente **terapia fotodinámica** con una mejoría leve de las lesiones faciales, con persistencia en especial de las queratosis actínicas frontales. Se decidió entonces tratamiento con **tirbanibulina al 1% (Klisyri®)** aplicando una vez al día sobre frente durante **5 días** y posterior revisión a los 3 meses.

En la revisión se evidenció **gran mejoría** de las lesiones, de un contaje previo de 12 lesiones nuestro paciente mostró un nuevo recuento de 1 única lesión persistente.



Figura 1. Día 0 de la terapia con tirbanibulina



Figura 2. Tres meses tras el tratamiento con tirbanibulina

CONCLUSIONES

Tras el resultado expuesto, podemos concluir que **tirbanibulina al 1% (Klisyri®)** se presenta como una forma de tratamiento que además de eficaz, aborda otros aspectos como la sencillez en el régimen de tratamiento, siendo únicamente necesaria su aplicación durante **5 días**, así como una mejor tolerabilidad debido al leve eritema que experimentó el paciente en comparación a las terapias previas realizadas con otros métodos para tratar sus queratosis actínicas. Por todo esto se posiciona como un tratamiento que además de eficaz asegura una **mejor adherencia** al tratamiento y una mayor **calidad de vida** del paciente, apareciendo un gran número de escenarios en los que aportaría ventajas, incluidas áreas específicas de la dermatología como el caso de la “Teledermatología” dada su aplicabilidad **sencilla** y escasos efectos adversos.

Bibliografía:

1. Ferrándiz C, Malvehy J, Guillén C, Ferrándiz-Pulido C, Fernández-Figueras M. Precancerous Skin Lesions. Actas Dermosifiliogr. 2017 Jan-Feb;108(1):31-41. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2016.07.016. Epub 2016 Sep 20. PMID: 27658688.
2. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2021.07.006. Epub 2021 Aug 2. PMID: 35249711.
3. Carmena-Ramón R, Mateu-Puchades A, Santos-Alarcón S, Lucas-Truyols S. Queratosis actínica: nuevo concepto y actualización terapéutica [Actinic keratosis: New concept and therapeutic update]. Aten Primaria. 2017 Oct;49(8):492-497. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2017.01.004. Epub 2017 Apr 17. PMID: 28427916; PMCID: PMC6876044.

En lesiones resistentes, prueba un mecanismo diferente

Irene Sánchez Gutiérrez[1], Cristian Fernando Caballero Linares[1], Juan Luis Castaño Fernández[1], Francisco José Rodríguez Cuadrado[1], Lucía Turrión Merino[1]

[1]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas son lesiones premalignas secundarias a la fotoexposición crónica. Un pequeño porcentaje puede progresar a carcinoma epidermoide invasivo, un cáncer cutáneo de elevada morbimortalidad. Dado que se trata de una patología con una incidencia cada vez mayor, su tratamiento es clave para prevenirlo. Existen múltiples opciones terapéuticas, pero las reacciones adversas locales de las mismas y su posología dificultan la adhesión terapéutica en la población diana de esta patología, que suele ser una población de edad avanzada. La tirbanibulina es un tratamiento novedoso y eficaz para las queratosis actínicas.

ANAMNESIS

Varón de 75 años sin antecedentes médicos de interés en seguimiento en nuestras consultas de Dermatología por queratosis actínicas en cuero cabelludo y un carcinoma epidermoide intraepidérmico en la pierna tratado con terapia fotodinámica. Como principal factor de riesgo para el desarrollo de queratosis actínicas, presenta una alopecia androgénica y un fenotipo Fitzpatrick II.

Previamente había realizado múltiples tratamientos para las queratosis actínicas: 5-fluorouracilo al 4% y crioterapia hacía 5-6 meses con respuesta parcial.

En la última revisión refiere lesión en cuero cabelludo que no terminó de resolverse tras el último tratamiento. Se realizó una biopsia compatible con queratosis actínica.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A nivel de la línea media del cuero cabelludo, en la zona parietofrontal, se observa una placa eritematocostrosa de 1.5 cm de diámetro máximo compatible con una queratosis actínica. No presenta otras lesiones en el resto de la exploración física. No claros datos sugestivos de malignidad.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Conjuntamente con el paciente se decidió realizar tratamiento con tirbanibulina al 1 % en crema (Klisyri ®) durante 5 días en una superficie menor a 25 cm^2. El paciente presentó un mínimo eritema en la zona los primeros días tras la aplicación, sin presentar dolor ni otros efectos secundarios.

Basal

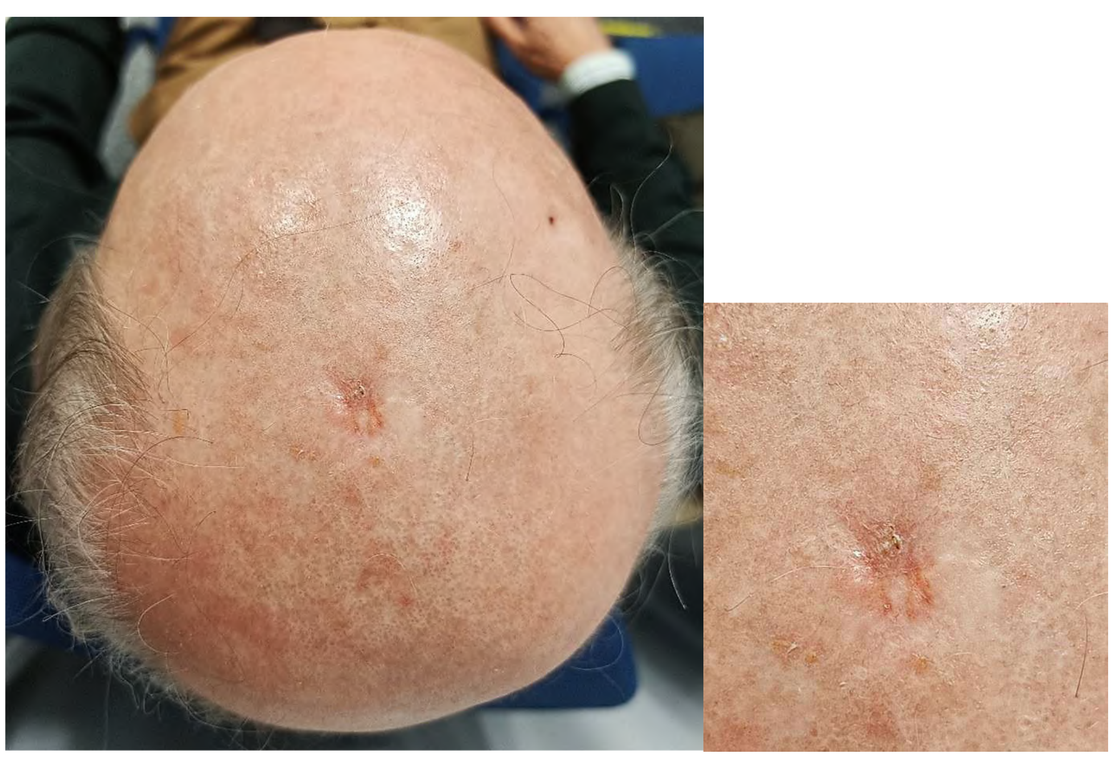


Figura 1. Queratosis actínica en cuero cabelludo antes del tratamiento.

Día 57

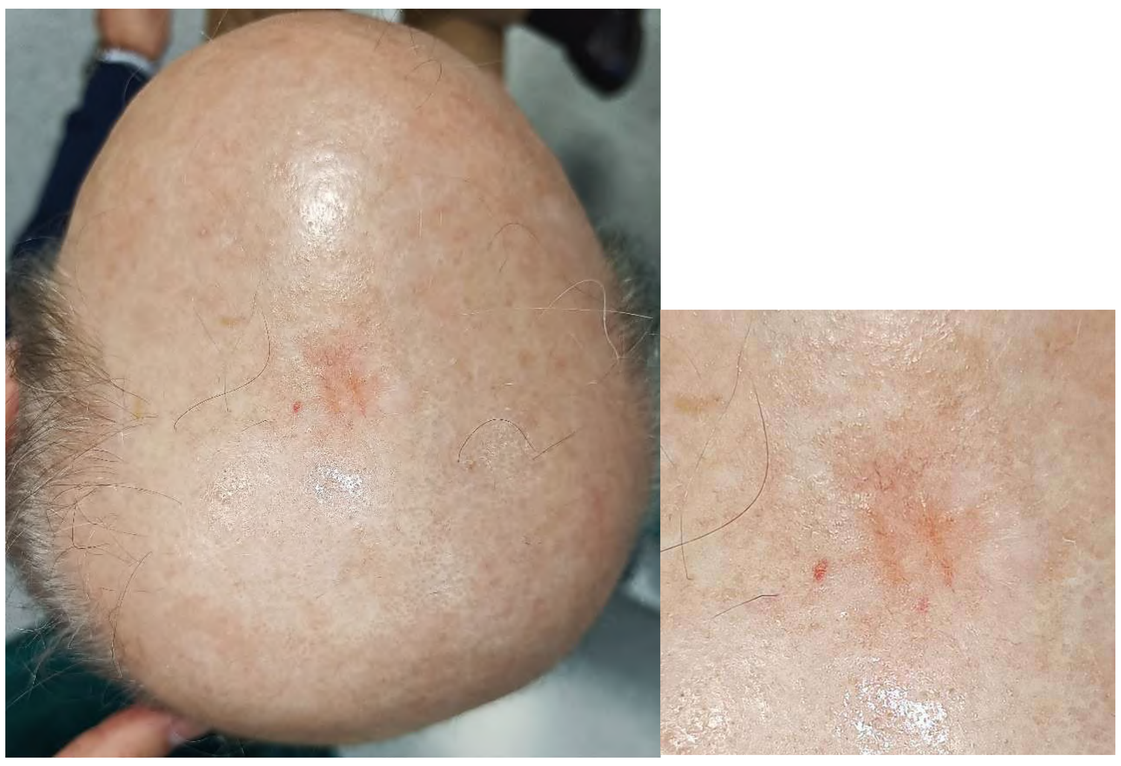


Figura 2. Pigmentación residual post tratamiento con tirbanibulina tópica al 1%.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina al 1 % tópica es un fármaco eficaz y seguro para tratar queratosis actínicas, demostrando un aclaramiento parcial en el 72% de los pacientes y un aclaramiento total en el 49% en los ensayos clínicos de fase III[1].

Presenta un perfil de seguridad y tolerabilidad favorables, siendo la mayoría de las reacciones adversas cutáneas locales de leves a moderadas[2]. Existe una elevada satisfacción global con el tratamiento tanto para los pacientes como para los dermatólogos por su efectividad y conveniencia[3].

Bibliografía:

1. Blauvelt A, Kempers S, Lain E, Schlesinger T, Tyring S, Forman S, et al. Phase 3 trials of tirbanibulin ointment for actinic keratosis. N Engl J Med.2021;384(6):512–20.
2. Schlesinger T, Armstrong A, Patel VA, Kircik L, Berman B, Bhatia N, et al. Patient- and clinician-reported outcomes of tirbanibulin 1% in the treatment of actinic Keratosis on the face and scalp (PROAK study). SKIN J Cutan Med. 2023;7(6):s262.
3. Dlott AH, Di Pasqua AJ, Spencer SA. Tirbanibulin: Topical treatment for actinic keratosis. Clin Drug Investig. 2021; 41(9):751–5.

Manejo de queratosis actínica en trabajador fotoexpuesto.

Jose Pablo Serrano Serra[1], José Francisco Orts Paco[1], Blanca Rebollo Caballero[1], Javier Ruiz Martínez[1].
1. Servicio de dermatología médico-quirúrgica y venereología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN

En las latitudes en las que nos encontramos, la radiación ultravioleta constituye uno de los principales factores carcinogénico, especialmente en población añosa que ha trabajado al aire libre. Esto es más patente aún al tener en consideración que los hábitos de fotoexposición son azarosos e inconsistentes en este momento y prácticamente inexistentes en el grueso poblacional en el pasado. Esto plantea la necesidad del manejo de gran parte de pacientes con lesiones malignas y premalignas, siendo de vital importancia poder ofrecer tratamientos eficaces y seguros, que permitan tratar las queratosis actínicas con el fin de evitar la progresión a carcinoma espinocelular. La Tirbanibulina tópica constituye una alternativa eficaz y con un perfil de efectos adversos más favorable que otros fármacos, que además permita una buena adherencia al tratamiento.

ANAMNESIS

Varón de 60 años, trabajador del campo, hipertenso, con síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño y sin antecedentes quirúrgicos de interés.
Consultaba por la aparición paulatina de lesiones cutáneas en polo cefálico, con descamación continua, que no habían remitido con corticoides e hidratantes tópicos.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente presentaba pápulas eritemato-descamativas dispersas por la superficie facial, con predominio en región cigomática derecha. (Figura 1).
No presentaba ninguna lesión compatible con carcinomas basocelulares, espinocelulares ni lesiones pigmentadas sugestivas de malignidad.
El índice AKASI (*Actinic Keratosis Area Severity Index)* fue de 4.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento con Tirbanibulina tópica en posología habitual, comenzando con la mejilla derecha, con un área de 5x5cm^2, durante 5 días consecutivos. Se explicó al paciente la posibilidad del desarrollo de eritema tras el tratamiento y se la instó a tomar fotografía inmediatamente después del tratamiento, momento en el que mostró eritema difuso sin ulceraciones ni exudación en la región malar derecha (figura 2).
Posteriormente se revisó al paciente en consulta, 2 meses después del tratamiento, con resolución prácticamente completa de la clínica, con un AKASI de 2 (figura 3). Se planificaron nuevas pautas de tratamiento para el resto de las áreas afectadas en futuras ocasiones.
El paciente refirió un moderado disconfort el día posterior a finalizar el tratamiento, pero con buena tolerancia y su satisfacción global fue alta.



Figura 1. Lesiones cutáneas en el momento de la evaluación inicial (AKASI 4).



Figura 2. Eritema facial el día posterior al final de la pauta de tratamiento.



Figura 3. Evaluación posterior en consulta, con resolución prácticamente completa de las lesiones malares derechas (AKASI 2).

CONCLUSIONES

- La fotoprotección en los hábitos de fotoexposición saludables son esenciales para prevenir los efectos deletéreos de la radiación ultravioleta, especialmente el desarrollo de lesiones neoplásicas.
- Una vez instaurado un campo de cancerización es importante realizar un tratamiento efectivo y seguro para el paciente, para evitar la progresión de las queratosis actínicas.
- La tirbanibulina tópica constituye un tratamiento seguro y con un perfil de seguridad y efectos adversos favorable y bien tolerado por el paciente, que es conveniente añadir a nuestro arsenal terapéutico para ofrecer una atención de calidad a los pacientes con daño actínico crónica.

Respuesta eficaz de Tirbanibulina en el tratamiento de queratosis actínicas faciales: presentación de un caso

Paola Merlo Gómez, Laura Martínez Alcalde, Susana Medina Montalvo, Isabel Polo Rodríguez
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid).

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas (QA) son lesiones premalignas indicativas de daño actínico crónico con una tasa anual de progresión a cáncer epidermoide del 0,89% en pacientes con historia de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Recientemente se ha introducido tirbanibulina para el tratamiento de las QA no hiperqueratósicas y no hipertróficas. Presentamos un varón de 77 años con QA faciales y de cuero cabelludo tratadas satisfactoriamente con tirbanibulina.

ANAMNESIS

Varón de 77 años en seguimiento en consulta monográfica de CCNM con motivo de múltiples carcinomas basocelulares y enfermedad de Bowen tratados quirúrgicamente, así como queratosis actínicas tratadas mediante crioterapia. Acudió a revisión aquejando la presencia de lesiones ásperas al tacto, aisladas, en cuero cabelludo y región facial, negando la aparición de otro tipo de lesiones o alteración en las cicatrices de extirpación de CCNM. No presenta reacciones alérgicas a medicamentos conocidas ni otros antecedentes de interés.



Figura 1. Queratosis actínicas en región frontoparietal y mandibular derecha antes de crioterapia y tirbanibulina.

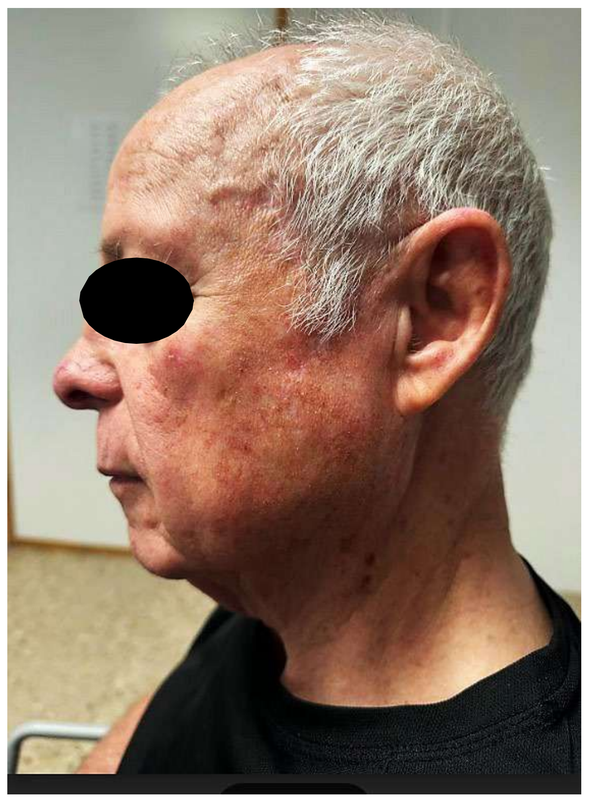


Figura 2. Queratosis actínica malar izquierda pretratamiento.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física el paciente presentaba múltiples máculas eritematosas tenues, de superficie descamativa, más apreciables a la palpación, rasposas al tacto, presentes en número inferior a 10 en región fronto-parietal derecha, mandibular derecha (figura 1) y malar izquierda (figura 2).
A la dermatoscopia, estas lesiones mostraban un patrón en fresa y áreas de descamación, siendo clínica y dermatoscópicamente compatibles con queratosis actínicas. Ninguna de las lesiones mostraba hiperqueratosis marcada ni base infiltrada. Las cicatrices de extirpaciones de CCNM previos no presentaban alteraciones ni se objetivaron lesiones sospechosas de malignidad en el resto del tegumento explorado.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió tratamiento con crioterapia de las queratosis actínicas y posterior aplicación de tirbanibulina pomada una aplicación diaria durante 5 días. Tras este tratamiento se objetivó desaparición de las lesiones (figuras 3 y 4), con aisladas queratosis actínicas en otras localizaciones en la revisión a 6 meses.



Figura 3. Resultado tras tratamiento en hemicara derecha.



Figura 4. Resultado tras tratamiento en hemicara izquierda.

CONCLUSIONES

La Tirbanibulina es un inhibidor sintético de la polimerización de tubulina y de la señalización a través de la tirosina quinasa Src que induce la detención del ciclo celular y apoptosis. Fue aprobado por la EMA en julio de 2021 para el tratamiento de las queratosis actínicas de cara y cuero cabelludo. Frente a otros tratamientos del campo de cancerización su ventaja reside en la duración de la aplicación: 5 días consecutivos para un único ciclo de tratamiento, así como su excelente tolerabilidad. Presentamos un caso de queratosis actínicas con buena respuesta a crioterapia y posterior aplicación de tirbanibulina.

Bibliografía:

1. Morelló Vicente A, Oteiza Rius I, Aguado Gil L. Queratosis actínicas en Pacientes Trasplantados de órgano Sólido: Revisión de la Literatura. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2024 Apr;115(4):368–73. doi:10.1016/j.ad.2023.10.021
2. Schmitz L, Kahl P, Majores M, Bierhoff E, Stockfleth E, Dirschka T. Actinic keratosis: Correlation between clinical and histological classification systems. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2016 Mar 8;30(8):1303–7. doi:10.1111/jdv.13626
3. Markham A, Duggan S. Tirbanibulin: First approval. Drugs. 2021 Mar;81(4):509–13. doi:10.1007/s40265-021-01479-0

Uso de Tirbanibulina en queratosis actínicas de pirámide nasal con buena tolerancia y respuesta

Nelly Marlene Román Mendoza, Marta Gutiérrez Pascual, María Dolores Caro Gutiérrez, Francisco Javier Vicente Martín.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid (España).

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas (QA) están producidas por la proliferación descontrolada de los queratinocitos mutados debido a la exposición solar prolongada. Algunas de las QA pueden convertirse en carcinomas de células escamosas. La Tirbanibulina es un nuevo fármaco sintético con un novedoso mecanismo de acción que se ha incorporado al arsenal terapéutico de las QA. Tiene efectos antiproliferativos y antitumorales *in vitro* e *in vivo* demostrando su eficacia tanto en ensayos clínicos como en estudios en vida real.

ANAMNESIS

Varón de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, gota e hiperplasia benigna de próstata. En seguimiento en consultas de dermatología por carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas en cuero cabelludo, además de QA faciales. Para las QA había realizado tratamiento con crioterapia en varias ocasiones con buena respuesta, terapia fotodinámica, imiquimod 37.5 mg/g tópico y 5-fluoracilo 5% tópico con irritación moderada y respuesta parcial.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la revisión en consultas, en la pirámide nasal y mejilla izquierda, se objetivaron varias lesiones maculosas, levemente eritematosas, algunas rasposas al tacto (Figura 1).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se indicó tratamiento con Tirbanibulina 10 mg/g tópica durante 5 días consecutivos. En la revisión a los 4 meses, el paciente refirió leve irritación con el tratamiento y resolución de las lesiones. En la exploración física se observó la resolución de las QA en mejilla izquierda y las nasales, salvo una QA en dorso nasal que se trató con crioterapia (Figura 2).

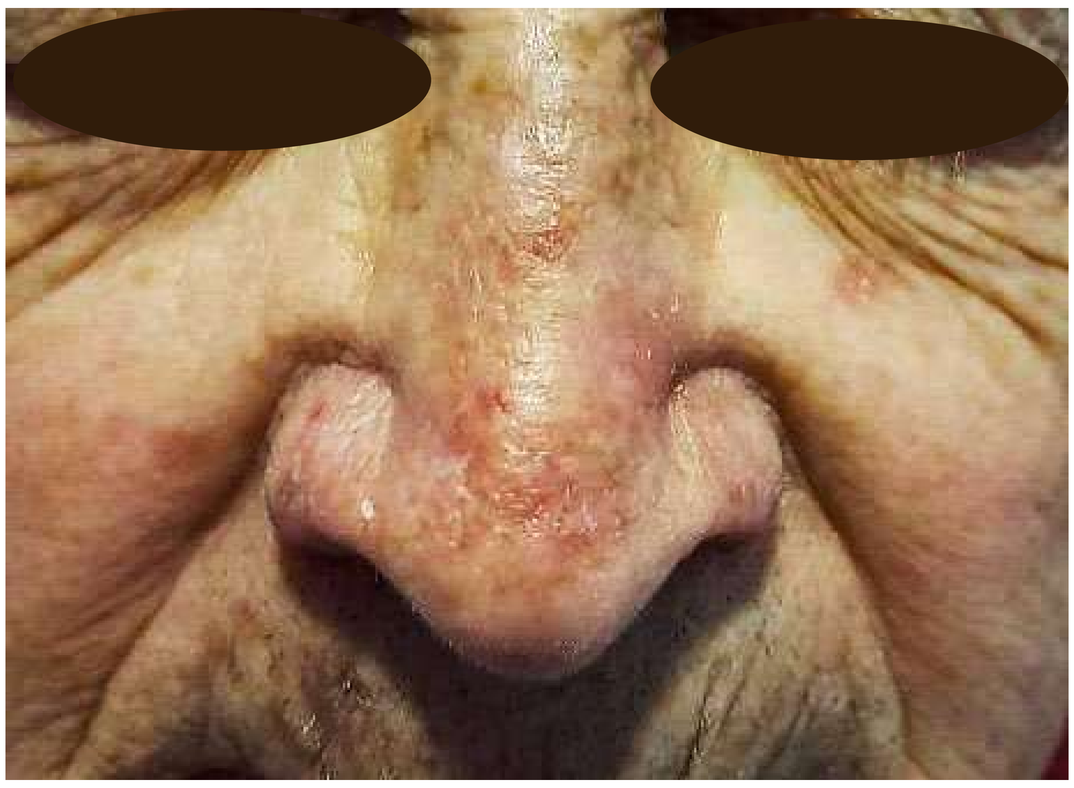


Figura 1. Queratosis actínicas en pirámide nasal y mejilla izquierda.

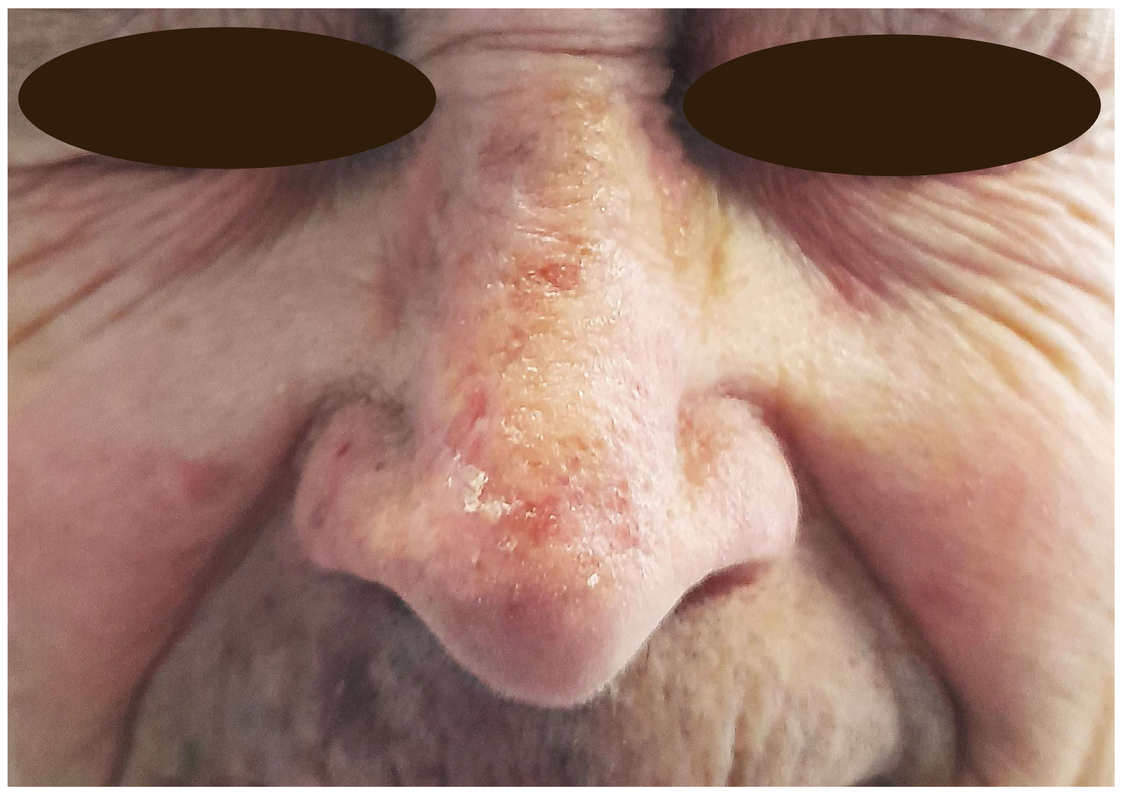


Figura 2. 4 meses postratamiento: resolución de las QA de mejilla izquierda y la mayoría de las QA nasales. Persistencia de QA en dorso nasal.

CONCLUSIONES

Tirbanibulina es un nuevo fármaco para el tratamiento de las QA. Ha demostrado buenas tasas de respuesta tanto completa como parcial en los ensayos clínicos y estudios en vida real. Además, a diferencia de otras terapias tópicas, produce menor liberación de citoquinas con menor inflamación y necrosis mejorando la tolerancia del tratamiento. Esto sumado a la corta duración del tratamiento favorece la adherencia terapéutica.

Bibliografía:

1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulin: review of its novel mechanism of action and how it fits into the treatment of actinic keratosis. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2021.07.006. Epub 2021 Aug 2. PMID: 35249711.
2. Kirchberger MC, Gfesser M, Erdmann M, Schliep S, Berking C, Heppt MV. Tirbanibulin 1% Ointment Significantly Reduces the Actinic Keratosis Area and Severity Index in Patients with Actinic Keratosis: Results from a Real-World Study. J Clin Med. 2023 Jul 22;12(14):4837. doi: 10.3390/jcm12144837. PMID: 37510952; PMCID: PMC10381110.
3. Li Pomi F, Vaccaro M, Pallio G, Rottura M, Irrera N, Borgia F. Tirbanibulin 1% Ointment for Actinic Keratosis: Results from a Real-Life Study. Medicina (Kaunas). 2024 Jan 28;60(2):225. doi: 10.3390/medicina60020225. PMID: 38399512; PMCID: PMC10890708.
4. Berman B, Grada A, Berman DK. Profile of Tirbanibulin for the Treatment of Actinic Keratosis. J Clin Aesthet Dermatol. 2022 Oct;15(10 Suppl 1):S3-S10. PMID: 36408375; PMCID: PMC9586524.

Tirbanibulina: una alternativa cómoda, segura y efectiva en el tratamiento de las queratosis actínicas

Blanca Rebollo Caballero, José Pablo Serrano Serra, José Francisco Orts Paco, Javier Ruiz Martínez
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN

Las queratosis actínicas son lesiones cutáneas premalignas que se desarrollan en la piel debido a la exposición crónica a la radiación ultravioleta. Se manifiestan como manchas ásperas, escamosas o costrosas en áreas de la piel que han estado expuestas al sol, como la cara, el cuero cabelludo, las orejas, el cuello, los antebrazos y las manos.
Entre las opciones de tratamiento clásicas se encuentran la crioterapia, las terapias tópicas con 5-fluorouracilo o imiquimod, la terapia fotodinámica y la cirugía. La tirbanibulina es un nuevo fármaco sintético con potentes efectos antiproliferativos y antitumorales que ha demostrado eficacia en el tratamiento de las queratosis actínicas.

ANAMNESIS

Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia que acude derivada a consultas de dermatología para valoración de lesiones asintomáticas en mejillas de más de 6 meses de evolución, que habían ido aumentando progresivamente de tamaño.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, presentaba varias papuloplacas eritematosas con escamocostras en superficie, rasposas al tacto, a nivel de ambas mejillas.
Ante esta clínica y exploración se realizó el diagnóstico de queratosis actínicas faciales.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento tópico con Tirbanibulina una vez al día sobre las lesiones durante 5 días. Como complicación, la paciente desarrolló eritema y descamación cutánea transitorias en las zonas de aplicación de la Tirbanibulina, que se resolvieron a los pocos días. La paciente fue revalorada en consultas 1 mes después de finalizar el tratamiento, mostrando una evidente mejoría clínica, con desaparición de las queratosis actínicas.



Figura 1. Queratosis actínicas en mejillas antes del tratamiento con tirbanibulina



Figura 2. Eritema y descamación transitorias como complicación del tratamiento



Figura 3. Resultado clínico un mes después de finalizar el tratamiento

CONCLUSIONES

La Tirbanibulina representa una opción terapéutica efectiva y conveniente para el tratamiento de las queratosis actínicas, especialmente para pacientes que prefieren un régimen de tratamiento corto. Su posología de tan solo 5 días es breve en comparación con otros tratamientos tópicos, lo que mejora la adherencia del paciente y reduce la carga de tratamiento.
Además, su mecanismo de acción novedoso y su perfil de seguridad favorable la convierten en una valiosa adición al arsenal de tratamientos disponibles para esta condición premaligna.

Bibliografía:
1. Berman B, Cockerell CJ. Pathobiology of actinic keratosis: ultraviolet-dependent keratinocyte proliferation. J Am Acad Dermatol. 2013;68(1 Suppl 1):S10-9.
2. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr . 2022;113(1):58–66.

Un cuero cabelludo renovado

Ana Jiménez Sánchez, Maria Olivares Guerrero
Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una lesión cutánea consecuencia de la proliferación de queratinocitos epidérmicos atípicos y cuyo factor de riesgo principal es la exposición prolongada a la luz ultravioleta. Forma un continuo con el carcinoma epidermoide y ocasionalmente puede progresar al mismo de ahí la gran importancia de realizar un tratamiento adecuado y precoz.
En la actualidad existen varias opciones terapeúticas entre las que se encuentran el 5-fluorouracilo, el diclofenaco y el imiquimod, siendo común a todos ellas la importante irritación local que producen en el paciente. KLISYRI® (Tirbanibulina) es un tratamiento con un mecanismo de acción novedoso consistente en la inhibición de la polimerización de la tubulina de forma reversible que induce la apoptosis produciendo una baja toxicidad.

ANAMNESIS

Varón de 80 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia y síndrome mielodisplásico en tratamiento con transfusiones periódicas. Consulta por lesiones en cuero cabelludo de aproximadamente un año y medio de evolución, asintomáticas. Entre los tratamientos realizados previamente destacan imiquimod y 5-Fluorouracilo tópico, sin embargo, no pudo finalizar ninguno de los tratamientos porque tras pocos días de iniciarlos presentó irritación local muy importante con aparición de erosiones ,ulceraciones ,costras y prurito. El paciente se muestra preocupado y desanimado por la persistencia de las mismas pese a haber intentado realizar los tratamientos que se le indicaron.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física se objetivaban múltiples placas eritematosas y escamosas en el cuero cabelludo principalmente en región interparietal y frontoparietal compatibles con QA (Fig 1.). Además, presentaba múltiples lentigos solares.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Teniendo en cuenta las características de nuestro paciente le propusimos tratamiento con Klisyri® una vez al día durante 5 días consecutivos. Además, se entregó al paciente información básica sobre la QA y diferentes aspectos del tratamiento con Klisyri® . Cuando el paciente acude a la revisión a las 8 semanas se observó la resolución de la gran mayoría de las queratosis actínicas (Fig 2). El paciente no sufrió ningún efecto adverso y se mostró muy agradecido con los resultados.



Figura 1. Previo al inicio del tratamiento con Klisyri®, se objetivan múltiples queratosis actínicas a nivel interparietal y frontoparietal.



Figura 2. Resultado a las 8 semanas de haber realizado el tratamiento con Klisyri®. Se observa resolución de un gran porcentaje de las queratosis actínicas.

CONCLUSIONES

Klisyri® es un tratamiento tópico para la QA en la cara o el cuero cabelludo. Los aspectos de dicho tratamiento que más valoró nuestro paciente fueron su sencillo régimen posológico y la buena tolerabilidad , lo que llevó a una buena adherencia terapéutica. Presentamos un caso de un varón de 80 años con aclaramiento de queratosis actínicas tras tratamiento con Klisyri® remarcando su buen perfil de seguridad y la gran satisfacción del paciente.

Bibliografía:

1. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jan;113(1):58-66
2. Ficha Técnica KLISYRI®. Almirall. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1211558001/P_1211558001.html..
3. Grada A, Feldman SR, Bragazzi NL, et al. Patient-reported outcomes of topical therapies in actinic keratosis: A systematic review. Dermatol Ther. 2021;34(2):e14833

Eficacia de la Tirbanibulina tópica como tratamiento de queratosis actínicas: a propósito de un caso.

Pedro Martínez Arredondo[1], Juan Manuel Morón Ocaña[1], Virginia Linares López[1], Isabel María Coronel Pérez[1]
[1]Hospital Universitario Ntra. Señora de Valme

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una lesión premaligna que aparece mayoritariamente en áreas fotoexpuestas como la cara, el cuero cabelludo y los miembros superiores. Está causada por la proliferación descontrolada de queratinocitos mutados debido a la exposición excesiva a la luz ultravioleta. El manejo adecuado de las queratosis actínicas es crucial para prevenir su progresión a carcinoma espinocelular invasivo, cuyo riesgo se encuentra incrementado en individuos inmunodeprimidos o con antecedentes de cáncer de piel[1-3]. Entre los tratamientos disponibles, la tirbanibulina ha emergido como una opción prometedora debido a su mecanismo de acción novedoso y su perfil de seguridad favorable.

ANAMNESIS

Varón de 62 años que presenta, como principales antecedentes de interés, diabetes mellitus, un carcinoma basocelular intervenido hace 6 años y un melanoma en estadio IV diagnosticado en 2015 y actualmente en tratamiento con dabrafenib y trametinib. Acude a revisión observándose incidentalmente una lesión eritematosa en región frontal. El paciente no presentaba antecedentes de queratosis actínicas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Fototipo II de Fitzpatrick y múltiples léntigos solares. En la hemifrontal derecha, se observa una lesión eritematosa de tacto rasposo, 6x8 mm de tamaño, no infiltrada y con un “patrón en fresa” a la dermatoscopia, compatible con queratosis actínica no pigmentada (fig. 1-2).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento con Tirbanibulina tópica, una aplicación diaria durante 5 días. El paciente acudió a revisión tras 7 semanas observándose aclaramiento completo de la lesión y ausencia de imperfecciones residuales (fig. 3-4). Se recomendó mantenimiento de las medidas generales, incluyendo fotoprotección SPF 50+ para pieles con queratosis actínicas, uso de sombrero y ropa que cubra la mayor parte de la superficie corporal, y evitar la exposición solar en las horas centrales del día.



Figura 1. Semana 0. Lesión eritematosa de 6x8 mm en región hemifrontal derecha.



Figura 3. Semana 7. Aclaramiento completo de la lesión.



Figura 2. Semana 0. Dermatoscopia: “patrón en fresa”.

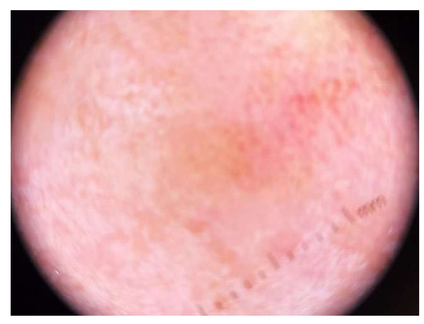


Figura 4. Semana 0. Dermatoscopia: ausencia de hallazgos compatibles con QA.

CONCLUSIONES

La Tirbanibulina tópica es un nuevo fármaco con potentes efectos antiproliferativos y antitumorales basados en su capacidad para bloquear la tubulina e inhibir la polimerización de los microtúbulos. Además, la menor liberación de citocinas proinflamatorias en el lugar de aplicación conlleva una gran reducción de la gravedad de las reacciones cutáneas locales (LRSs) respecto a otras terapias tópicas[4]. Este caso clínico ilustra la eficacia y seguridad de este fármaco que quedan reflejadas en el aclaramiento completo de la lesión tras 5 días de tratamiento, así como, en la ausencia de lesiones residuales. En conclusión, la Tirbanibulina tópica ha demostrado ser una candidata efectiva para el tratamiento de las QA, tener una sencilla posología que mejora la adherencia terapéutica e inducir una menor respuesta inflamatoria que se traduce en una buena tolerabilidad[4].

Bibliografía:

1. Arcuri D, Ramchatesingh B, Lagacé F, Iannattone L, Netchiporouk E, Lefrançois P, et al. Pharmacological agents used in the prevention and treatment of actinic keratosis: A review. Int J Mol Sci. 2023;24(5). DOI: 10.3390/ijms24054989
2. Dianzani C, Conforti C, Giuffrida R, Corneli P, di Meo N, Farinazzo E, et al. Current therapies for actinic keratosis. Int J Dermatol. 2020;59(6):677–84. DOI: 10.1111/ijd.14767
3. De Oliveira ECV, da Motta VRV, Pantoja PC, Ilha CS de O, Magalhães RF, Galadari H, et al. Actinic keratosis - review for clinical practice. Int J Dermatol. 2019;58(4):400–7. DOI: 10.1111/ijd.14147
4. Gilaberte Y, Fernández-Figueras MT. Tirbanibulina: revisión de su mecanismo de acción novedoso y de cómo encaja en el tratamiento de la queratosis actínica. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(1):58–66. DOI: 10.1016/j.ad.2021.07.006

Tirbanibulina en pomada en el tratamiento de la queratosis actínica: por el paciente, con el paciente y contra la displasia

Luis Feito Sancho[1], Abraham Santa Cruz Martín[1], Marta Folcrá González[1], Carolina Garrido Gutiérrez[1], Leticia Calzado Villareal[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

INTRODUCCIÓN

La queratosis actínica (QA) es una lesión cutánea premaligna que cuenta con múltiples opciones terapéuticas válidas. Se presenta un caso de QA tratada satisfactoriamente con pomada de Tirbanibulina 10 mg/g.

ANAMNESIS

Paciente de 68 años, de fototipo II (ojos azules) que consultó por lesión sangrante en hélix derecho de 12 meses de evolución, sin respuesta a emolientes. El paciente no tenía antecedentes de extirpaciones de lesiones dermatológicas previas ni antecedentes personales o familiares de melanoma o de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). Tampoco contaba historia de quemaduras intensas con ampollas en el pasado y solía usar protección solar física con gorra para actividades exteriores.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física, se objetivó una pápula milimétrica con centro costroso (Figura 1) y patrón en fresa en dermatoscopia, sin observarse datos de lesión melanocítica ni de CCNM. Todo ello era compatible con el diagnóstico de QA.

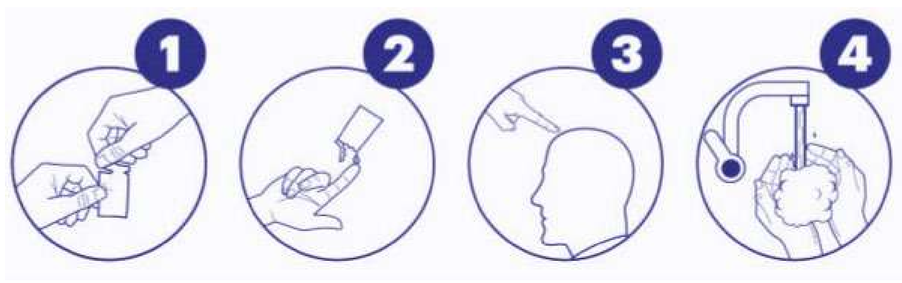
.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Bajo el juicio clínico de QA, se pautó tratamiento con pomada de Tirbanibulina (agente citostático con acción dual al inducir la disgregación de microtúbulos e inhibir la SRC-quinasa) durante 5 noches consecutivas. Se observó un excelente resultado terapéutico con resolución completa de la lesión a las 4 semanas del tratamiento (Figura 2). La tolerancia también fue excelente, con mínima irritación local entre el 5º y el 10º día de la aplicación, completamente autorresuelta, sin necesidad de pautar medidas complementarias.



Figura 1. Lesión costrosa en la primera consulta.



Instrucciones para un adecuado uso de Tirbanibulina pomada 10 mg/g para el tratamiento de la QA:

1. Abrir sobre
2. Aplicar un poco de pomada en la yema del dedo
3. Extender por la zona afectada
4. Lávese las manos

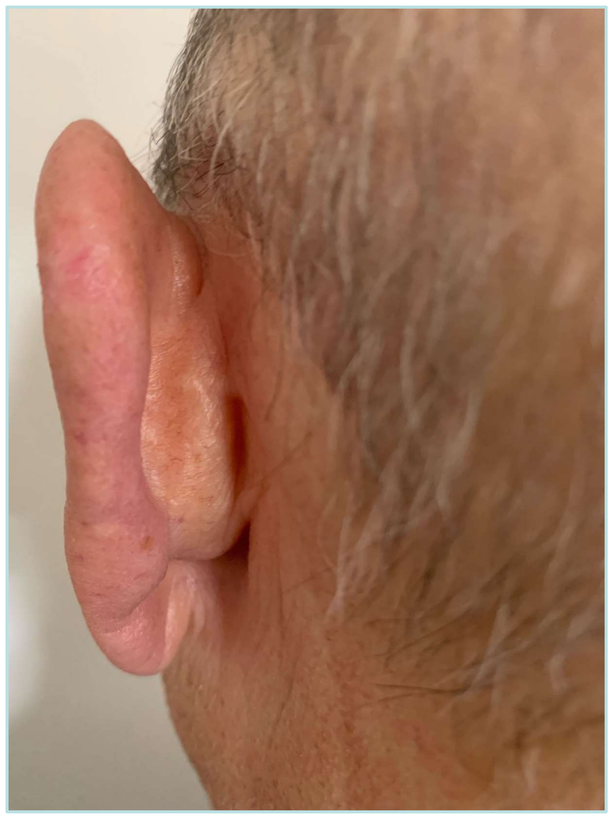


Figura 2. Excelente respuesta terapéutica en la revisión 4 semanas después.

CONCLUSIONES

La Tirbanibulina es una opción terapéutica novedosa, segura, cómoda y efectiva para la QA, con una clara ventaja en cuanto a tolerabilidad respecto a los tratamientos clásicos de esta patología.

Bibliografía:

1. Roche Registration GmbH. Anexo I: Ficha técnica o resumen de las características del producto 1. Agencia Eur Medicam 2014; 1–33.
2. Blauvelt, A., Kempers, S., Lain, E., et al. (2021). Tirbanibulin ointment 1% for actinic keratosis: A phase 3 randomized trial. Journal of the American Academy of Dermatology, 84(4), 1241-1249.
3. Kempers, S., et al. (2020). A randomized, vehicle-controlled trial of tirbanibulin ointment for actinic keratosis. New England Journal of Medicine, 383, 2277-2287.

Tirbanibulina tópica para queratosis actinicas en pirámide nasal

Pablo Fernández-Crehuet Serrano, José Luis Fernández-Crehuet Serrano
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
Clínica Fernández-Crehuet de Córdoba

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con tirbanibulina tópica al 1% (Klisyri®), ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para las queratosis actínicas de cara y cuero cabelludo[1]. La eficacia demostrada y el menor efecto irritante que otros como el imiquimod 3’5% y 5% hace que sea una buena opción terapéutica en pacientes con lesiones en la pirámide nasal ya que, al aplicarse por la noche antes de acostarse, por contigüidad, podría irritar los párpados.

ANAMNESIS

Presentamos dos pacientes, una mujer de 96 años y in varón de 60 años, que presentaban queratosis actínicas en dorso y ladera nasal. Ambos presentaban daño solar crónico y en sus antecedentes destacaban múltiples queratosis actínicas tratadas mediante crioterapia e imiquimod tópicos y extirpaciones de carcinomas escamosos y basocelulares. Los pacientes referían malas experiencias con imiquimod por haber sufrido quemaduras que motivaron visitas a Urgencias del hospital. Solicitaban un tratamiento menos irritante y de fácil cumplimiento

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, se apreciaban queratosis actínicas en pirámide nasal (figuras 1A,2A) .

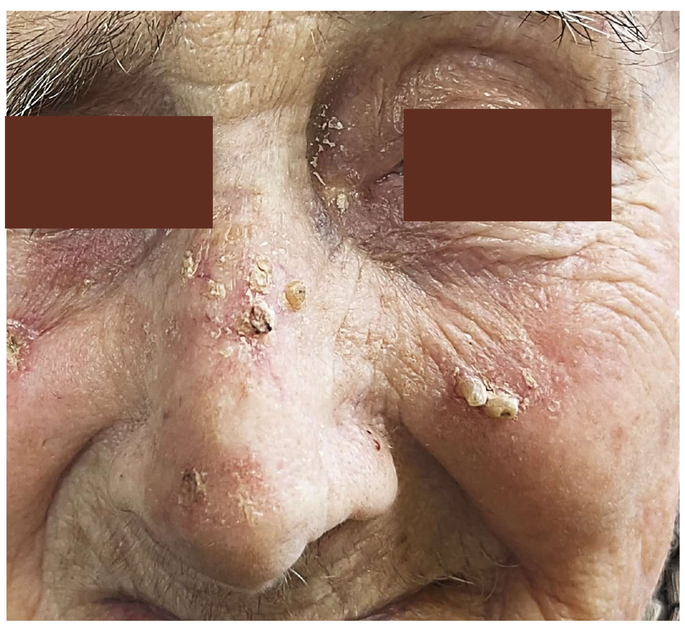
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se indicó Klisyri® una aplicación por la noche durante 5 días. A los 2 meses del tratamiento, se apreció resolución de las queratosis actínicas con excelente tolerancia referida por ambos pacientes (figura 1B,2B).





Figura 1. Queratosis actínicas en ladera nasal izquierda. A. Antes de tratamiento. B. Tras el tratamiento con tirbanibulina tópica al 1% durante 5 días.



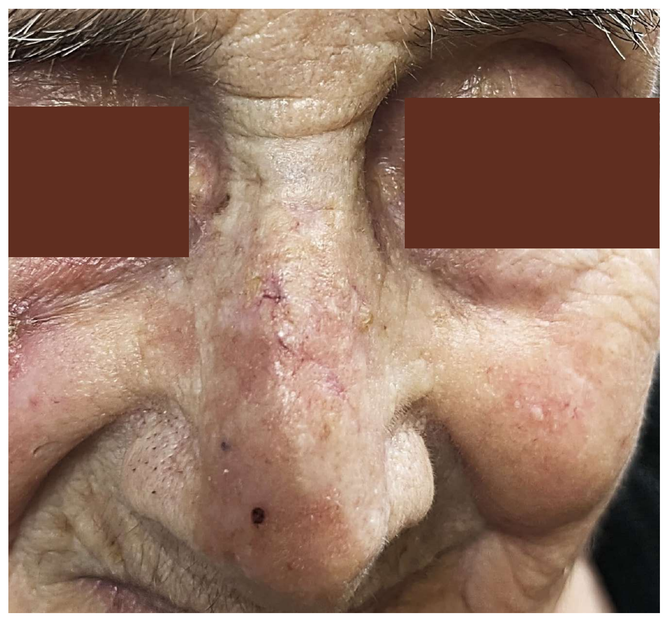


Figura 2. Queratosis actínicas en dorso nasal . A. Antes de tratamiento. B. Tras el tratamiento con tirbanibulina tópica al 1% durante 5 días.

CONCLUSIONES

La tirbanibulina tópica al 1% es una alternativa eficaz y segura en pacientes con queratosis actínicas localizadas en la zona nasal, suponiendo una alternativa menos irritante que otros tratamientos tópicos[2]. Tiene la ventaja de precisar sólo 5 días de tratamiento con una única aplicación diaria nocturna, lo que favorece su cumplimiento, especialmente en personas dependientes. Estos dos casos sugieren que pueda ser un tratamiento de elección en zonas próximas a los ojos y los labios, donde los demás tratamientos tópicos comercializados producirían quemaduras[2]

Bibliografía:

1. Schlesinger T, Kircik L, Lebwohl M, Patel VA, Berman B, Bhatia N, Rigel D, Armstrong A, Rosso JD, Narayanan S, Koscielny V. Patient- and Clinician-Reported Outcomes for Tirbanibulin in Actinic Keratosis in Clinical Practice Across the United States (PROAK). J Drugs Dermatol. 2024 May 1;23(5):338-346
2. Li Pomi F, Peterle L, d'Aloja A, Di Tano A, Vaccaro M, Borgia F Anti-aging Effects of Tirbanibulin 1% Ointment: A Real-Life Experience. Dermatol Ther (Heidelb). 2024 May 14.

Ilumetri®

1 Eficacia y seguridad de tildrakizumab en paciente con psoriasis grave y alcoholismo crónico en tratamiento deshabituador 61

2 Transformando vidas: el sinuoso camino de la psoriasis en localizaciones especiales 62

3 Tildrakizumab: una mano amiga para la piel y el intestino 63

4 Psoriasis severa tratada con tildrakizumab en paciente con cáncer de mama por síndrome de Lynch 64

5 Uso de tildrakizumab en paciente con psoriasis y trasplante de órgano sólido 65

6 Tildrakizumab en situaciones comprometidas 66

7 Con tildrakizumab volvió a tocar la guitarra 67

8 Tildrakizumab en psoriasis vulgar y trastorno por consumo de alcohol 68

9 Tildrakizumab como alternativa terapéutica en paciente con psoriasis de moderada a grave y cáncer rectal 69

10 Resultados con tildrakizumab a largo plazo en paciente con alta comorbilidad metabólica 70

11 Respuesta mantenida a tildrakizumab de psoriasis en placas grave como sexta línea de tratamiento biológico 71

12 Eficacia de tildrakizumab en un paciente oncológico 72

13 Psoriasis en placas con extensa afectación de cuero cabelludo con excelente respuesta a tildrakizumab. 73

14 Tildrakizumab: más allá de la psoriasis. Mejorando la calidad de vida de un paciente oncológico. Psoriasis y cáncer: en busca de una alternativa segura y eficaz. 74

15 Psoriasis y cáncer: en busca de una alternativa segura y eficaz 75

Ilumetri®

16 ¿Podemos mejorar el bienestar de los pacientes con los tratamientos actuales? . . 76

17 Tratamiento de psoriasis severa con tildrakizumab en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. 77

18 Tratamiento con tildrakizumab en psoriasis con gran afectación de calidad de vida 78

19 Psoriasis palmoplantar: localización difícil de tratar... o no 79

20 Psoriasis y comorbilidades: tildrakizumab como pieza clave. 80

21 Tildrakizumab, una nueva oportunidad 81

22 Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas y palmoplantar. 82

23 Psoriasis en ancianos: un desafío más allá de la edad. 83

24 Reescribiendo el guion en una psoriasis difícil de tratar: éxito terapéutico con tildrakizumab 84

25 ¡Vaya lavado de manos! 85

26 Desafiando la psoriasis: el viaje de una paciente mayor hacia la remisión con tildrakizumab 86

27 Empoderando a los pacientes ***ensupiel*** 87

28 Piel nueva, hígado nuevo 88

Eficacia y seguridad de tildrakizumab en paciente con psoriasis grave y alcoholismo crónico en tratamiento deshabituador

Javier Aubán Pariente[1], Carmen Ortega Monzó[1]
Hospital Universitario de La Ribera

INTRODUCCIÓN

Casi un tercio de los pacientes con psoriasis reconocen dificultades con el alcohol[1]. Los pacientes con psoriasis tienen un mayor riesgo de consumo nocivo de alcohol y dependencia del alcohol. El aumento del consumo de alcohol se asocia con una mayor gravedad de la psoriasis, peor respuesta a tratamientos sistémicos y terapias biológicas y afecta a comorbilidades como la artritis psoriásica, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades hepáticas[1,2].

ANAMNESIS

Paciente de 38 años, IMC 33,4 kg/m^2, fumador (13,5 paquetes año) y bebedor de 70 gramos de alcohol al día (7 UBE). Diagnosticado de síndrome de dependencia de alcohol (DSM-IV) a tratamiento con disulfiram, clometiazol y tiamina. Remitido a consulta por psoriasis en placas grave. El paciente debutó con psoriasis a los 28 años y había recibido tratamiento con adalimumab que suspendió por fallo primario.



Figura 1. Psoriasis en placas grave, tras fallo primario a adalimumab y previa al inicio de tildrakizumab.

El paciente manifestaba síntomas depresivos y la psoriasis tenía un impacto extremadamente grande en su calidad de vida. Recientemente había perdido el trabajo y se había separado de su mujer.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A nivel basal, el paciente presentaba placas muy infiltradas en abdomen, glúteos, espalda, piernas y brazos (figura 1); PASI 21,4, BSA 26%, DLQI 28, PGA 4. En analítica ausencia de datos que sugieran enfermedad hepática avanzada (albúmina 4,2 g/dL, no datos de hiperesplenismo), pero sí datos de consumo activo y diario de alcohol (GOT/GPT >2, GGT 2992 U/L, VCM 104 fl). En la ecografía abdominal presenta hígado de tamaño y forma normales con ecogenicidad elevada por esteatosis hepática, heterogénea, de aspecto pseudonodular, sin lesiones focales delimitables.



Figura 2. Al mes de tratamiento con tildrakizumab.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante un paciente con psoriasis grave, alcoholismo crónico e hígado graso alcohólico decidimos iniciar tildrakizumab, en pauta de ficha técnica, a dosis de 100 mg con inducción. Al mes de tratamiento, tras una sola dosis, el paciente alcanzó el blanqueamiento completo de la piel y sólo presentaba pigmentación postinflamatoria (figura 2); PASI 0, BSA 0%.

A los 18 meses de tratamiento con tildrakizumab, el paciente mantiene respuesta completa (figura 3); PASI 0, BSA 0%, DLQI 0. La mejoría clínica se asoció con una mejoría en los índices de calidad de vida y en los resultados reportados por el paciente (PROs) como la calidad del sueño y la productividad laboral. La mejoría clínica y en la calidad de vida le motivó a disminuir el consumo de alcohol, no siendo actualmente un problema para el paciente de acuerdo con el cuestionario AUDIT para la detección del consumo de alcohol (7 puntos).

No se reportaron acontecimientos adversos y la respuesta completa a nivel cutáneo se asoció a una mejoría a nivel hepático, objetivada en los parámetros analíticos (GOT/GPT <2, GGT 73 U/L, VCM 104 fl) y en ecografías de control, con una reducción importante de la ecogenicidad hepática y bajo riesgo de fibrosis avanzada (FIB4 0,89).



Figura 3. Respuesta completa (PASI 0) y mantenida a los 18 meses de tratamiento con tildrakizumab.

CONCLUSIONES

La asociación de psoriasis, alcoholismo y depresión representa uno de los principales problemas psicodermatológicos que nos encontramos en nuestras consultas[2]. Estos factores afectan gravemente la calidad de vida del individuo. Tildrakizumab ha demostrado mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y otros PROs como la calidad del sueño y la productividad laboral[3,4]. Hasta la fecha no se han realizado estudios sobre la eficacia y seguridad de las terapias biológicas en pacientes con alcoholismo concomitante y/o en tratamiento deshabituador. Nuestro caso ilustra la eficacia y seguridad de tildrakizumab en este subgrupo de pacientes, así como la mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud y los PROs.

*UBE: Unidad de Bebida Estándar; *PASI: Psoriasis Area Severity Index; *BSA: Body Surface Area; *DLQI: Índice de calidad de vida en dermatología;

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kearney N, Kirby B. Alcohol and Psoriasis for the Dermatologist: Know, Screen, Intervene. Am J Clin Dermatol. 2022; 23(6):881-890.
2. Dediol I, Buljan M, Buljan D, Bulat V, Zivković MV, Situm M. Association of psoriasis and alcoholism: psychodermatological issue. Psychiatr Danub. 2009; 21(1):9-13.
3. Sommer R, et al. Patient-reported well-being using tildrakizumab in a real-world setting: 28-week interim data of the phase IV POSITIVE study. Presented at the 32nd European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Congress, 11 - 14 October 2023, Berlin, Germany. Abstract 3490
4. Costanzo A, et al. Tildrakizumab improves sleep quality, quality of life and work productivity in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis in conditions close to real clinical practice. Presented at the 32nd European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) Congress, 11 - 14 October 2023, Berlin, Germany. Abstract 3123.

Transformando vidas: el sinuoso camino de la psoriasis en localizaciones especiales

Pablo Díaz Calvillo[1], Antonio Martínez López[1], Salvador Arias Santiago[1,2]
[1]Hospital Universitario Virgen de las Nieves, [2]Facultad de Medicina, Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es un trastorno inflamatorio crónico de la piel que afecta al 2-3% de la población mundial. En ocasiones asocia un deterioro de la calidad de vida, especialmente cuando la psoriasis afecta a zonas difíciles de tratar como la cara, los pliegues o los genitales. Estas localizaciones especiales pueden causar importantes molestias físicas y malestar psicológico, afectando a las actividades cotidianas y al bienestar general. En este caso clínico se expone la trayectoria terapéutica de un varón de 28 años con psoriasis en placas con afectación de localizaciones especiales.

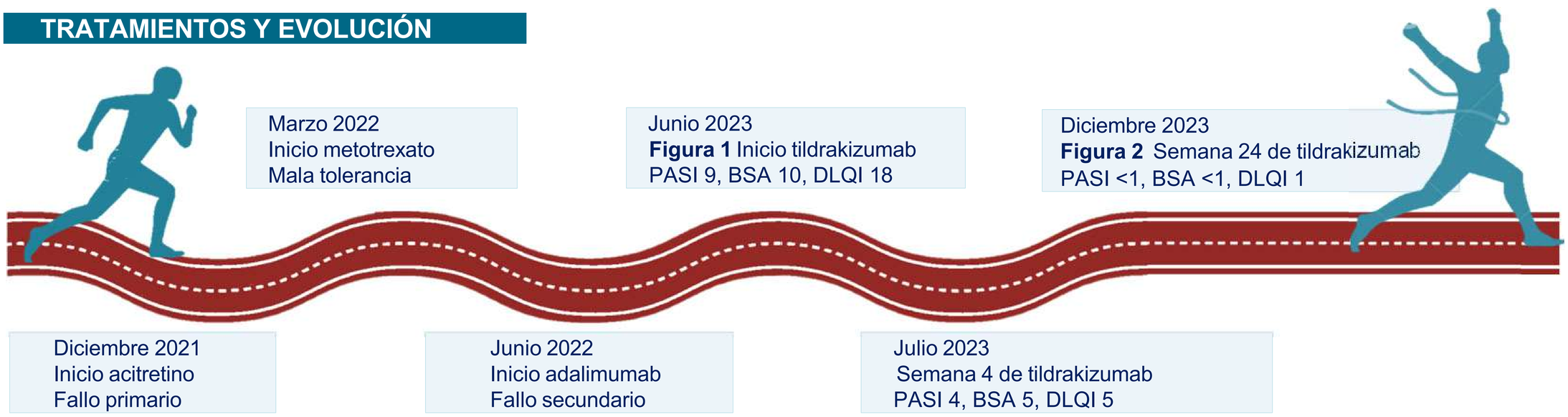
ANAMNESIS

Varón de 28 años con **lesiones pruriginosas en párpados, cuero cabelludo, región glútea y genitales de 10 años de evolución.** Refiere **afectación de su vida diaria**; las lesiones le dificultan las relaciones sexuales y se siente estigmatizado. No presenta otras comorbilidades asociadas. A pesar de múltiples tratamientos tópicos, no ha mostrado ninguna mejoría clínica significativa.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas eritemato-descamativas en párpados, cuero cabelludo, pliegue glúteo y genitales.
Diagnóstico: psoriasis en placas con afectación de áreas especiales.
Parámetros de gravedad: PASI 7; BSA 8; DLQI 18.

TRATAMIENTOS Y EVOLUCIÓN



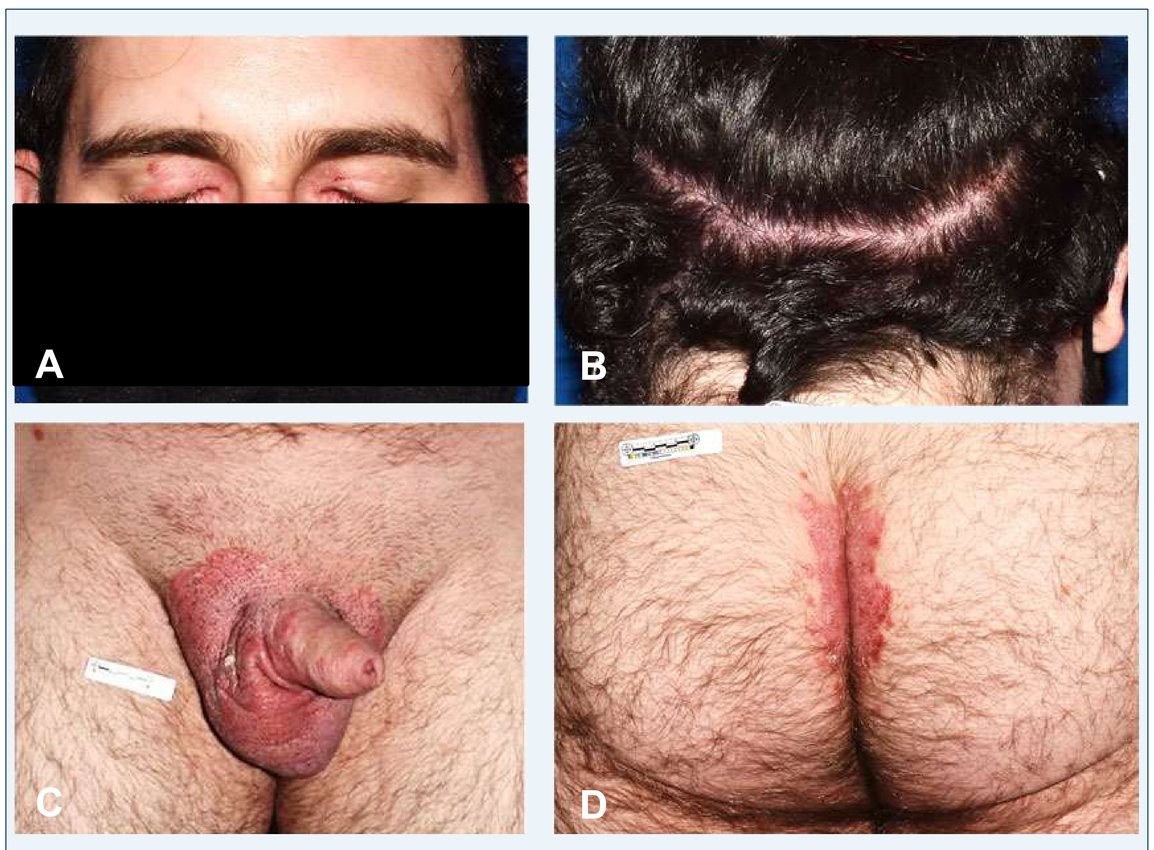


Figura 1. Situación del paciente al inicio del tratamiento con tildrakizumab. Placas eritematodescamativas en párpados (**A**), cuero cabelludo (**B**), región genital (**C**) y pliegue interglúteo (**D**).

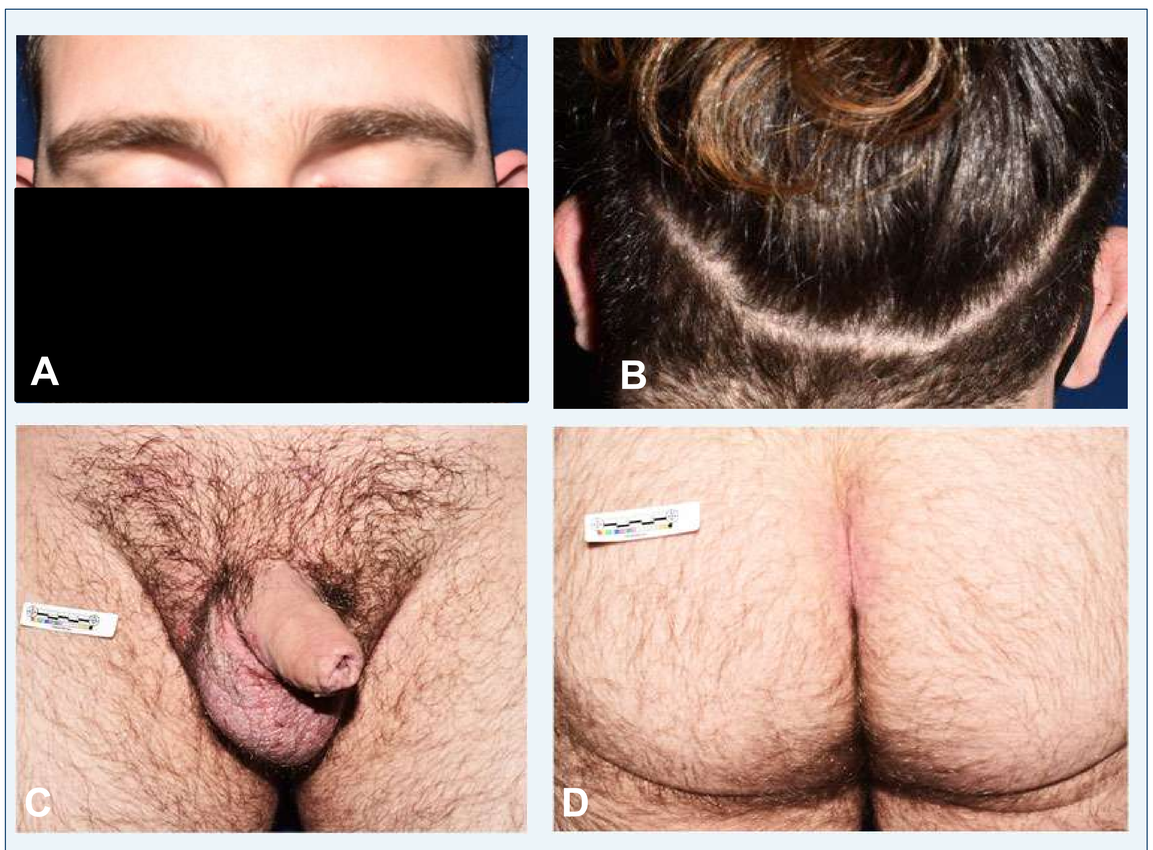


Figura 2. Situación del paciente en la semana 24 de tratamiento con tildrakizumab. Notable mejoría de la afectación de párpados (**A**), cuero cabelludo (**B**), región genital (**C**) y pliegue interglúteo (**D**), acompañado de una mejoría de la calidad de vida.

CONCLUSIONES

- La **psoriasis** es una enfermedad que **puede afectar notablemente la calidad de vida de los pacientes**, sobre todo si asienta en **localizaciones especiales** como la cara, los pliegues o los genitales.
- Con este caso se subrayan los retos que plantea el tratamiento de la psoriasis en localizaciones especiales.
- **Tildrakizumab** no sólo **redujo las manifestaciones físicas de la psoriasis (PASI y BSA)**, sino que también **mejoró profundamente el bienestar general y el funcionamiento diario del paciente**.
- Este caso subraya la importancia de considerar tanto los aspectos físicos como psicológicos del éxito del tratamiento de la psoriasis y la efectividad de tildrakizumab en el manejo de los mismos.

Bibliografía:
1. Carrascosa JM et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 1. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(3):261-277.
2. Carrascosa JM et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 2. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(6):583-609.
3. Møller AH et al. A systematic literature review to compare quality of life in psoriasis with other chronic diseases using EQ-5D-derived utility values. Patient Relat Outcome Meas. 2015;6:167-77.

Tildrakizumab: una mano amiga para la piel y el intestino

Llamas-Segura, C y Ruiz-Carrascosa, JC.
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología - Hospital Universitario Clínico San Cecilio.

INTRODUCCIÓN

Tildrakizumab es un fármaco biológico **anti IL-23** eficaz en pacientes con psoriasis de moderada a grave:

- Naïve.
- Con antecedente de tratamiento biológico previo.

Se caracteriza por:

- **Perfil de seguridad.**
- **Adherencia al tratamiento** (administración cada 12 semanas) + Reducción de visitas hospitalarias.
- **Eficacia y tolerabilidad** al año de inicio = DLQI 0/1 en el 60-70% de los pacientes.

DLQI: "Dermatology Life Quality Index" (Índice de calidad de vida en Dermatología)

EXPLORACIÓN FÍSICA INICIAL

Al inicio del tratamiento tras el fallo secundario a anti-IL17 (secukinumab):

- **Placas eritematodescamativas** infiltradas **de varios centímetros de diámetro** en cuero cabelludo, tronco, espalda, miembros superiores e inferiores. A nivel abdominal, en región pretibial y en flexura de codos de forma bilateral tendían a confluir con áreas de mayor afectación.
- **PASI 24, 8**; **BSA 26%** y PGA 4

PASI: "Psoriasis Area and Severity Index" (Índice de área y gravedad de la psoriasis)
BSA: "Body Surface Area" (Área de superficie corporal)
PGA: "Physician's Global Assessment" (Evaluación global del médico)

ANAMNESIS

Hombre de 26 años con **psoriasis en placas de moderada a grave** de años de evolución:

- **Inicio a los 12 años** con afectación del cuero cabelludo
- Tipos de psoriasis que ha presentado: **En placas**, invertida y palmoplantar. Ha sufrido afectación a nivel ungueal y en cuero cabelludo.
- 170 cm, **103 kg (obesidad grado 3**) y no fumador.
- **Tratamientos previos** con corticoides tópicos, metotrexato, ciclosporina y anti-IL 17 (secukinumab).

Desarrollo de **enfermedad de Crohn** asociada al uso de **anti-IL 17** (secukinumab) con 22 años

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dos meses después del fallo secundario a anti-IL17 (secukinumab) por debut de enfermedad de Crohn, se inició:

- **Tildrakizumab 100 mg subcutáneo** con una inducción inicial en las semanas 0 y 4. Después, la dosis de mantenimiento se administró cada 12 semanas.

A las **6 semanas**:

- **PASI 3,2** y **BSA 6%**
- Dolor abdominal puntual 1-2 veces/semana
- <4 deposiciones/día

A las **12 semanas**:

- **PASI 0** y **BSA 0%**
- Resolución completa del dolor
- 1-2 deposiciones/día

ICONOGRAFÍA



Figura 1. Al inicio del tratamiento, después de dos meses sin biológico tras fallo secundario a anti-IL17



Figura 2. Tras 6 semanas del inicio del tratamiento



Figura 3. Tras 12 semanas del inicio del tratamiento

CONCLUSIONES

- Tildrakizumab es muy eficaz a la hora de tratar la psoriasis en placas de moderada a grave, reduciendo significativamente las lesiones hasta su **resolución completa a los 3 meses** del inicio en el caso presentado.
- Además, tiene un **perfil de seguridad adecuado** y una pauta de administración que facilita la **adherencia al tratamiento.**
- Debe ser **una de las primeras opciones terapéuticas** en el manejo de pacientes con **psoriasis e historia previa de EII** por presentar múltiples estudios contrastados que apoyan su uso ante esta indicación.

Bibliografía:

1. Ruggiero A, et al. Guselkumab, Risankizumab, and Tildrakizumab in the Management of Psoriasis: A Review of the Real-World Evidence. CCID. 2022;Volume 15:1649-1658.
2. Caldarola G, et al. Tildrakizumab in moderate-to-severe plaque psoriasis: A multicenter, retrospective, real-life study. Dermatologic Therapy. 2022;35(6).
3. Puig L. Psoriasis, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn: circuitos de citocinas y papel de la disbiosis. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2016;107(2):95-97.
4. Wong U, Cross RK. Expert opinion on interleukin-12/23 and interleukin-23 antagonists as potential therapeutic options for the treatment of inflammatory bowel disease. Expert Opinion on Investigational Drugs. 2019;28(5):473-479.
5. Deepak P, Sandborn WJ. Ustekinumab and Anti-Interleukin-23 Agents in Crohn's Disease. Gastroenterology Clinics of North America. 2017;46(3):603-626.

Psoriasis en placas de moderada a grave tratada con tildrakizumab en paciente con cáncer de mama por síndrome de Lynch

Inés Segovia Rodríguez, Teresa López Bernal, María Castillo Gutiérrez, Rosalía Toledo Cañaveras, Marta Mazaira Fernández, Beatriz Aranegui Arteaga.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina (Parla, Madrid)

INTRODUCCIÓN

Tildrakizumab es un inhibidor selectivo de la subunidad p19 de la interleukina 23 (IL-23), indicado en el tratamiento de la psoriasis moderada a severa. En los pacientes oncológicos, el empleo de tratamientos biológicos genera incertidumbre por su posible influencia en los mecanismos de vigilancia inmunológica y progresión del cáncer. Es habitual la ausencia de datos de seguridad procedentes de los ensayos clínicos.

El síndrome de Lynch es un síndrome genético con patrón de herencia autosómico dominante y penetrancia incompleta, que predispone principalmente al desarrollo de cáncer colorrectal y de endometrio, pero también a otros tipos de cáncer (ovario, estómago, próstata, mama etc.). Los afectados presentan una mutación en la línea germinal en uno de los genes de reparación de errores de coincidencia del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) o el gen EPCAM.

ANAMNESIS

Paciente de 37 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento por psoriasis en placas desde la adolescencia, tratada anteriormente con: metotrexato, ciclosporina, fototerapia, etanercept y adalimumab, desde agosto de 2015 hasta septiembre de 2019, siendo el último suspendido por un fallo secundario. Inició tratamiento con brodalumab en octubre de 2019 y fue suspendido por fallo primario. En enero de 2020 se pautó guselkumab, alcanzando PASI 0 a las pocas semanas de su inicio. Sin embargo, en mayo de 2021 la paciente fue diagnosticada de un carcinoma ductal infiltrante de mama en estadio T2N2M0, por lo que se suspendió guselkumab y se inició tratamiento con quimioterapia (QT) citorreductora previa a la cirugía.

Durante este tiempo, la psoriasis se mantuvo aceptablemente controlada con tratamiento tópico y pauta de dexametasona previa a los ciclos de QT. Sin embargo, al suspenderla, presentó un rebrote franco de su psoriasis, por lo que se decidimos iniciar tratamiento con apremilast en noviembre de 2021. En diciembre de 2021 precisó ingreso hospitalario por un cuadro febril con neutropenia y mucositis, deteniendo el tratamiento con apremilast hasta su posterior intervención para tumorectomía de mama derecha y linfadenectomía axilar derecha. Reinició apremilast en enero de 2022, con buena tolerancia, pero con escasa eficacia. Los resultados del estudio genético objetivaron una mutación en PSM2, siendo diagnosticada de síndrome de Lynch.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Desde el reinicio de apremilast en enero de 2022, el empeoramiento de la psoriasis fue progresivo, con placas de gran tamaño localizadas en las extremidades, la espalda y los flancos.

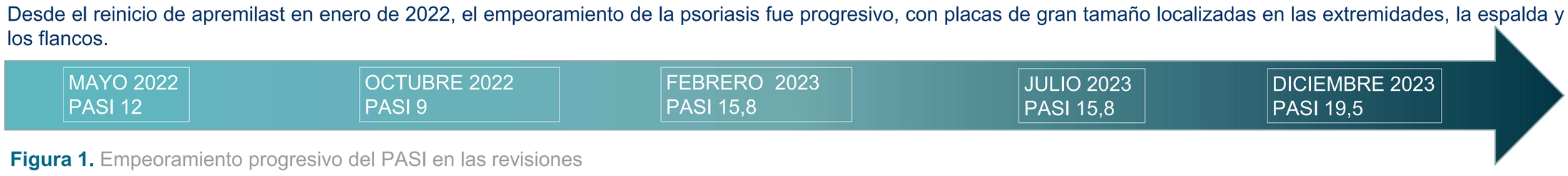


Figura 1. Empeoramiento progresivo del PASI en las revisiones

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dada la ausencia de respuesta, decidimos conjuntamente con la paciente y su oncóloga el inicio de tildrakizumab en enero de 2024. La paciente experimentó una rápida resolución de las lesiones, evolucionando desde un PASI absoluto de 19,5 a un PASI 0,5 en menos de 12 semanas. Tras 23 semanas de seguimiento, no se han evidenciado efectos adversos reseñables, manteniendo una excelente respuesta al tratamiento y un alto grado de satisfacción con el mismo.



Figura 2. Paciente en diciembre de 2023, con tratamiento con apremilast y PASI 19,5



Figura 3. Paciente en abril de 2024, en la semana 15 tras inicio de tildrakizumab con PASI 0,5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Recientemente han sido publicadas las recomendaciones sobre el tratamiento de pacientes oncológicos del grupo de psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Este consenso posiciona los tratamientos anti-IL-23 como una opción terapéutica adecuada en pacientes oncológicos con psoriasis. Las guías EuroGuiDerm y BETA-PSO sugieren su empleo con cautela, dada la falta de datos de seguridad a largo plazo en este grupo. La evidencia en vida real de pacientes oncológicos tratados con tildrakizumab es creciente, existiendo dos series de pacientes oncológicos que incluyen a 2 pacientes con antecedente de cáncer de mama. Sin embargo, no hemos hallado casos presentados ni recomendaciones basadas en la evidencia acerca del tratamiento de la psoriasis en los pacientes que presentan síndromes genéticos o mutaciones que predisponen al desarrollo de otras neoplasias, haciéndose necesario recopilar más datos procedentes de vida real.

Bibliografía:

1. Kamiya K, Yamauchi H, Ohtsuki M. Treatment of psoriasis vulgaris with guselkumab in a patient with non-small cell lung cáncer. Eur J Dermatol 2020
2. Puig L, Cather J, Ergen E. Tasa de neoplasias malignas durante un máximo de 5 años de exposición a tildrakizumab: análisis preliminar post hoc de los estudios re SURFACE 1 y re SURFACE 2. Póster 5º Congreso Nacional Psoriasis, 2020
3. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, Pérez B, Galache C, de la Cueva P, Carrascosa JM. Recommendations from the Spanish Academy of Dermatology and Venereology Psoriasis Working Group on the Management of Patients with Cancer and Psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2024 Feb 19:S0001-7310(24)00154-6
4. Moreira L, Balaguer F, Lindor N, et al. Identification of Lynch syndrome among patients with colorectal cancer. JAMA 2012; 308:1555.

Uso de tildrakizumab en paciente con psoriasis y trasplante de órgano sólido

Itziar Muelas Rives[1], Tamara Gracia Cazaña[1], Manuel Almenara Blasco[1], Beatriz Clemente Hernández[1], Ana María Morales Callaghan[1], Yolanda Gilaberte[1]

[1]Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los avances en el tratamiento de la psoriasis de moderada a grave han sido significativos con la llegada de fármacos biológicos en los últimos años. Sin embargo, su aplicación en pacientes con trasplante de órgano sólido ha sido limitada debido al **mayor riesgo de infecciones** que presentan por su inmunosupresión, y por la posibilidad del desarrollo de **neoplasias secundarias**. Hasta el momento, su evidencia sobre su eficacia y seguridad se fundamenta en casos clínicos aislados o series de casos limitadas. Es crucial profundizar en estudios más extensos para comprender mejor su aplicabilidad y riesgos en este grupo de pacientes.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un **varón de 66 años** con antecedentes patológicos de síndrome metabólico, **trasplante hepático** por cirrosis alcohólica en 2013 en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus oral, y psoriasis en placas de veinte años de evolución para la que había recibido varios tratamientos: corticoides tópicos, fototerapia ultravioleta B de banda estrecha y apremilast, éste último con mala tolerancia digestiva.

Acudió a la consulta de Dermatología por mal control de su psoriasis, afectando gravemente a su calidad de vida. A la exploración física, presentaba extensas placas eritematosas, descamativas, infiltradas, que afectaban a tronco y espalda, manos, codos, glúteos, rodillas y cuero cabelludo. No presentaba artropatía psoriásica ni afectación ungueal.

Inicialmente, con una puntuación en la escala **PASI de 15.3, BSA de 35%, y un DLQI de 10**, se inició tratamiento con **tildrakizumab 100 mg en semana 0, 4 y cada 12 semanas.** A las 10 semanas de tratamiento, se evidenció una mejoría significativa de las lesiones, disminuyendo el PASI a 6.40 y el BSA a 15%.

Actualmente, tras un año de seguimiento, el paciente mantiene una buena respuesta **(PASI de 3 y BSA de 5%, DLQI 1)**, con buena tolerancia al fármaco y sin efectos adversos ni signos de rechazo.



Figuras 1,2,3,4. Extensas placas eritematodescamativas infiltradas, en extremidades superiores, inferiores y espalda.





Figuras 5,6,7. Notable mejoría de las lesiones tras el tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica.

CONCLUSIONES

Los pacientes con psoriasis de moderada a grave y trasplante de órgano sólido suponen un importante reto terapéutico. Hasta el momento, existe escasa evidencia en el uso de fármacos biológicos en esta población, siendo clásicamente el fármaco más utilizado el etanercept, probablemente debido a la gran experiencia de uso y su buen perfil de seguridad. No obstante, su eficacia en psoriasis es inferior respecto al resto de fármacos biológicos disponibles. En un estudio reciente llevado a cabo por Fabrega et al. demostraron que los niveles séricos de IL-17 e IL-23 en pacientes con y sin rechazo fueron similares en el periodo postrasplante inmediato, aumentando sus cifras de forma considerable durante los episodios de rechazo agudo. Este hecho apoya el uso de fármacos biológicos inhibidores de IL-23, como tildrakizumab, como una diana idónea en este perfil de pacientes.

El uso de tildrakizumab en nuestro paciente nos permitió un control óptimo de su psoriasis, sin evidenciar aumento de infecciones ni aparición de neoplasias durante el seguimiento. No obstante, hoy en día existe una falta de información en el manejo de estos pacientes por lo que debemos balancear el riesgo/beneficio de forma individualizada y realizar una adecuada vigilancia de la existencia de infecciones y aparición de neoplasias.

Bibliografía:

1. Garrouste C, Anglicheau D, Kamar N, Bachelier C, Rivalan J, Pereira B, et al. Anti-TNF therapy for chronic inflammatory disease in kidney transplant recipients: Clinical outcomes. Medicine (Baltimore). 2016;95:e5108.
2. Madankumar R, Teperman LW, Stein JA. Use of etanercept for psoriasis in a liver transplant recipient. JAAD Case Rep. 2015;1:S36---7.
3. Fabrega E, Unzueta MG, Cobo M, Casafont F, Amado JA, Romero FP. Value of soluble CD30 in liver transplantation. Transplant Proc. 2007;39:2295—6.

Tildrakizumab en situaciones comprometidas

Diego López Martínez, Julia Román Gómez, Esther García Martínez
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Dermatología.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una patología dermatológica crónica y recurrente que afecta a una proporción significativa de la población mundial, generando no solo un impacto físico sino también emocional en quienes la padecen. Tildrakizumab emerge como una opción terapéutica, un anticuerpo monoclonal dirigido contra la interleuquina-23 que interfiere en un punto crítico de la cascada inflamatoria implicada en la psoriasis. Este enfoque dirigido no solo promete eficacia en la reducción de los síntomas cutáneos, sino que también aborda el componente inflamatorio subyacente de la enfermedad, ofreciendo así un beneficio potencial en la calidad de vida de los pacientes.

ANAMNESIS

Varón de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial controlada con enalapril 20 mg diarios, síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 manejada con metformina 850 mg dos veces al día, y dislipemia tratada con rosuvastatina 20 mg al día. Padecía una psoriasis de moderada a grave de 20 años de evolución con afectación generalizada de tronco, miembros superiores, genitales y miembros inferiores. Tratado con clobetasol tópico, acitretino oral, metotrexato y finalmente buen control con adalimumab 40 mg cada 2 semanas.

Hacía 2 meses, el paciente fue diagnosticado de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con un recuento de CD4 de 350 células/mm³ y una carga viral de 55,000 copias/mL, motivo por el cual suspendió el tratamiento con adalimumab. Consecuentemente, el paciente acudió a consulta por empeoramiento de su psoriasis.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración presentaba una eritrodermia del 91% de la superficie corporal total. Presentaba lesiones generalizadas eritematodescamativas en tronco, miembros superiores, miembros inferiores, cuero cabelludo y genitales (Figura 1). La zona del pubis superior y región distal de miembros inferiores estaba respetada. No tenía afectación ungueal ni articular. El diagnóstico fue de eritrodermia psoriásica tras suspensión de adalimumab en paciente con infección VIH.
BSA: 60%; PASI: 41,60; DLQI 24; NRS del prurito 8.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento antirretroviral con tenofovir, emtricitabina y efavirenz, se decidió iniciar un nuevo régimen terapéutico para la psoriasis considerando la nueva condición de inmunosupresión del paciente. Se optó por tildrakizumab 100 mg subcutáneo en semana 0, semana 4 y cada 12 semanas.



A la semana 30 el paciente había mostrado mejoría en las lesiones de psoriasis, con una reducción significativa en la extensión y severidad. BSA: 5%; PASI: 4,5; DLQI 3; NRS del prurito 2. La tolerancia al medicamento fue excelente, sin efectos adversos reportados. Además, se mantuvo una vigilancia estrecha de su estado inmunológico y virológico, observándose una mejora en el recuento de CD4 a 500 células/mm³ y una reducción en la carga viral a menos de 200 copias/mL, indicando una supresión virológica efectiva.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la complejidad del manejo de la psoriasis en pacientes con comorbilidades significativas, incluyendo infección por VIH. La elección de tildrakizumab en este contexto se basó en su mecanismo de acción específico, el cual ofrece un perfil favorable tanto en términos de eficacia como de seguridad en pacientes inmunocomprometidos. Asimismo, enfatiza la importancia de un enfoque integral que considere tanto las condiciones dermatológicas como las comorbilidades y el estado inmunológico del paciente.

El manejo de pacientes con psoriasis y comorbilidades complejas, incluida la infección por VIH, requiere una evaluación cuidadosa y una selección meticulosa de terapias que minimicen el riesgo de complicaciones mientras proporcionan control efectivo de la psoriasis. Este caso demuestra el éxito de un enfoque individualizado en el tratamiento de la psoriasis en un contexto clínico desafiante, con un resultado favorable tanto en el control de la psoriasis como en la gestión de la infección por VIH.

Bibliografía:

- Ruggiero, A., Picone, V., Martora, F., Fabbrocini, G., & Megna, M. (2022). Guselkumab, Risankizumab, and Tildrakizumab in the Management of Psoriasis: A Review of the Real-World Evidence. Clinical, cosmetic and investigational dermatology, 15, 1649–1658
- Banaszczyk K. (2019). Tildrakizumab in the treatment of psoriasis - literature review. Reumatologia, 57(4), 234–238

Con tildrakizumab volvió a tocar la guitarra

Juan Manuel Liñán Barroso, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire.
Unidad de Psoriasis. UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).

INTRODUCCIÓN

- La **psoriasis** es una **dermatosis inmunomediada** que puede tratarse con fármacos biológicos dirigidos a dianas moleculares específicas.
- La **onicopatía psoriásica** tiene una prevalencia que oscila entre el 10 y el 82% entre los pacientes con psoriasis y se trata de una de las localizaciones especiales más difíciles de tratar.
- **Tildrakizumab** es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado que se dirige a la interleucina-23 y está aprobado para su uso en psoriasis moderada a grave.

ANAMNESIS

- Paciente **varón de 34 años** en seguimiento por la Unidad de Psoriasis que acude a revisión con mal control de la enfermedad.
- Debut de psoriasis a los 26 años sin artropatía psoriásica.
- **Tratamientos previos:** fototerapia, ciclosporina (fallo secundario), metotrexate (fallo primario), adalimumab (fallo primario)
- Es **guitarrista de profesión.** Tras empeoramiento, que no respondió a adalimumab, **no puede tocar la guitarra con incapacidad laboral** por afectación de manos y uñas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- Psoriasis en placas de moderada a grave y afectación en localizaciones difíciles tales como uñas o palmoplantar (figura 1).
- Destaca **componente palmoplantar** marcado con fisuración.
- **Onicopatía psoriásica** con distrofia ungueal en las 20 uñas.
- **BSA 15%. PASI 15. NRS prurito 8/10. DLQI 20.**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

- Se decide inicio de **tildrakizumab 100 mg** vía subcutánea en semanas 0, 4 y cada 12 semanas.
- Revisión semana 12. Persisten placas eritematodescamativas, pero menos infiltradas con mejoría de onicopatía psoriásica (figura 2). BSA 5%. PASI 5. NRS prurito 0/10.
- Revisión semana 40. Solo presenta placas poco infiltradas en codos y antebrazos. PASI 1. BSA 2%.
- Revisión tras dos años de tratamiento. Mínimas placas escasamente infiltradas en antebrazos con mejoría total de onicopatía psoriásica. PASI 1. BSA1%. Nos comenta que **ya puede tocar la guitarra** (figura 3).



Figura 1. Exploración previo inicio de tildrakizumab.

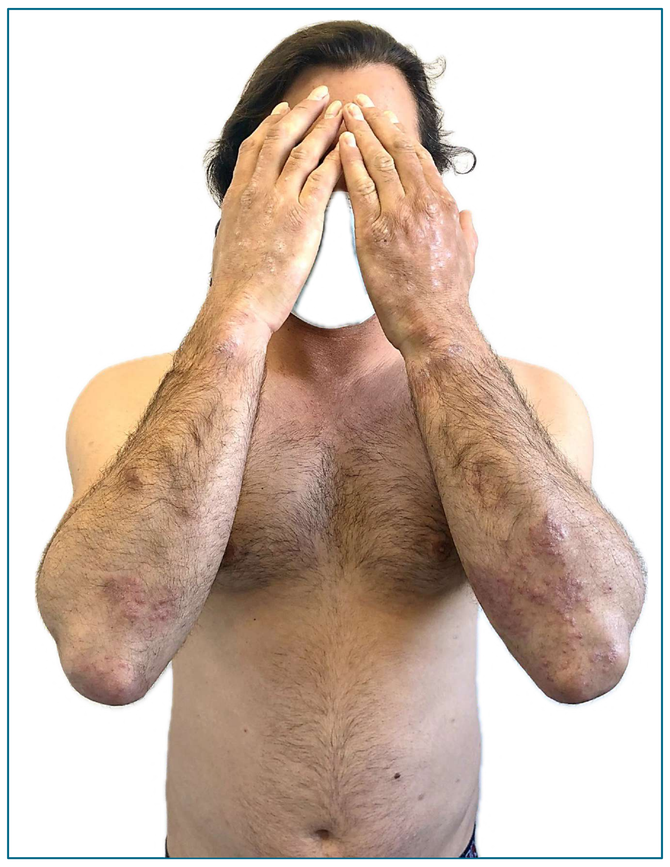


Figura 2. Exploración en semana 12 tras inicio de tildrakizumab.



Figura 3. Exploración tras dos años con tildrakizumab.

CONCLUSIONES

- ✓ Presentamos un caso de psoriasis en placas de moderada a grave con intensa afectación palmas y onicopatía psoriásica tratado con tildrakizumab.
- ✓ Destaca la gran mejoría de la onicopatía psoriásica, lo que permitió que nuestro paciente pudiera tocar la guitarra de nuevo.
- ✓ No se reportaron efectos adversos atribuibles a tilldrakizumab durante el seguimiento.

Bibliografía:
1. Battista T, Scalvenzi M, Martora F, Potestio L, Megna M. Nail Psoriasis: An Updated Review of Currently Available Systemic Treatments. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2023;16:1899-1932. doi:10.2147/CCID.S417679
2. Hwang JK, Ricardo JW, Lipner SR. Efficacy and Safety of Nail Psoriasis Targeted Therapies: A Systematic Review. Am J Clin Dermatol. 2023;24(5):695-720. doi:10.1007/s40257-023-00786-4
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 TILOT. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. 2023;37(1):85-92. doi:10.1111/jdv.18572

Tildrakizumab en psoriasis vulgar y trastorno por consumo de alcohol

Tristán Gabriel Sobral Costas, Rafael Escudero Tornero, María Luísa Alonso Pacheco
Servicio de Dermatología Hospital Universitario La Paz (Madrid)

INTRODUCCIÓN

El trastorno por consumo de alcohol (TCA), pese a afectar hasta a un tercio de los pacientes, ha sido menos estudiado y documentado en los registros y estudios poblacionales que otras comorbilidades de la psoriasis. Existe evidencia científica de una correlación entre el consumo de alcohol y el riesgo de desarrollar psoriasis, y de que ésta sea más grave.
Los pacientes con TCA suelen presentar múltiples morbilidades asociadas, así como una menor adherencia y respuesta a los tratamientos. Por ello, y por la escasez de guías respecto a su manejo, no es raro que los facultativos duden y tiendan a infratratarlos.
Se presenta un caso de terapia de psoriasis vulgar de moderada a grave con tildrakizumab en paciente comórbido con antecedente personal de TCA.

ANAMNESIS

Varón de 63 años, ***naïve*** a terapia biológica, con los siguientes antecedentes personales: **Dependencia enólica** (50 g/ día) tratado con numerosos fármacos para la deshabituación (acamprosato, naltrexona, nalmefeno, disulfiram). **Hígado graso alcohólico**. Consumidor habitual de tabaco y cannabis. **IMC 19,7**.
Psoriasis en placas de moderada a grave desde los 50 años, con fracaso terapéutico a **UVB-be**, **acitretina** y tópicos.
Acude por mal control de su psoriasis junto con **dolor de carácter inflamatorio** en articulaciones interfalángicas de ambas manos de 8 años de evolución. Destaca en analítica hipertransaminasemia y ANA + (1/320).

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Presencia de placas eritemato-descamativas generalizadas, más rupiáceas en codos y glúteos.
PASI 18, **BSA** 14%, **DLQI** 12, **Prurito** 9/10.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Por el riesgo infeccioso, neoplásico y relativo de hepatotoxicidad, se decide inicio de tildrakizumab 100 mg según ficha técnica, sin anti-TNF biosimilar previo.



Figura 1. Previo a inicio de tildrakizumab -> **PASI** 18 **BSA** 14% **DLQI** 12 **Prurito** 9/10

Mejoría clínica muy notoria y rápida:
Semana 8: PASI 6, **BSA** 6%, **Prurito** 4/10
Semana 32: PASI 0, **BSA** 0%, **Prurito** 0/10
Semana 40: Suspensión de tildrakizumab y **abstinencia de alcohol**

Semana 44: Colangitis aguda (litotricia, esfinterotomía y prótesis biliar plástica)
Semana 48: Sepsis por colección subfrénica y **encefalopatía de Wernicke-Korsakoff**
Semana 102: Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado supraglótico (laringectomía supraglótica, vaciamiento ganglionar y radioterapia)

Semana 116: Empeoramiento franco. **PASI** 20, **BSA** 14%, **DLQI** 12, **Prurito** 9/10 **-> Vuelve a iniciar tildrakizumab**
Semana 132 (16 tras reintroducción): Continúa con tildrakizumab 100 mg cada 3 meses **PASI** 1 **BSA** 2% **Prurito** 0/10. **No actividad articular.**

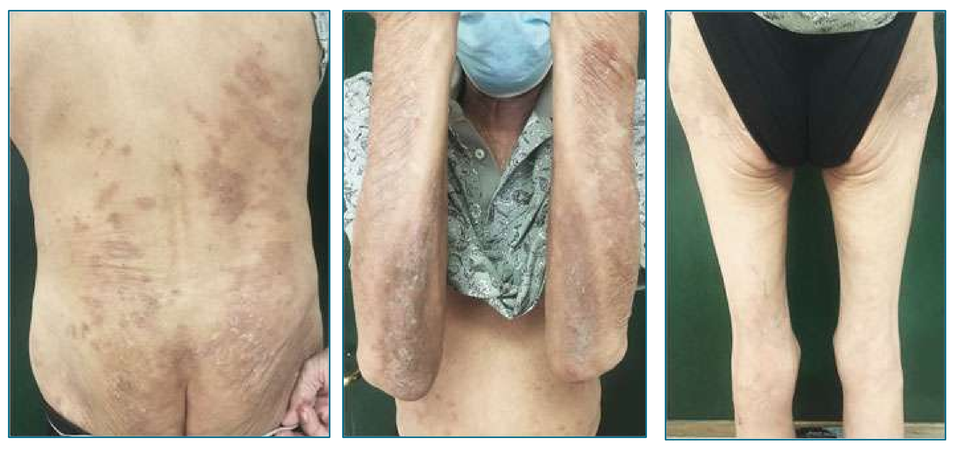


Figura 2. Semana 8 -> **PASI** 6 **BSA** 6% **Prurito** 4/10



Figura 3. Semana 32 -> **PASI** 0 **BSA** 0% **Prurito** 0/10

CONCLUSIONES

Se presenta una excelente respuesta a tildrakizumab en **psoriasis vulgar moderada-grave** con **artropatía psoriásica periférica** en un **paciente comórbido con TCA**. Destacamos la respuesta de blanqueamiento completo tanto antes del abandono del hábito enólico como tras éste, sin objetivarse efectos secundarios del fármaco.
Creemos que existe un área de mejora en el manejo de los pacientes con psoriasis y TCA, que incluiría la medida precisa del consumo de alcohol (UBE), el cribado de abuso y dependencia (cuestionarios AUDIT) y la derivación temprana al especialista que corresponda, en caso de diagnóstico de estos últimos.
En la revisión de la literatura respecto al tratamiento de la psoriasis en pacientes con TCA destacamos como opciones más seguras los fumaratos, apremilast y los antiIL-23, con mayor efectividad de estos últimos. Pensamos que deben desterrarse manejos subóptimos y el infratratamiento de estos pacientes.

Bibliografía
1. Kearney N, Kirby B. Alcohol and Psoriasis for the Dermatologist: Know, Screen, Intervene. Am J Clin Dermatol. 2022 Nov;23(6):881-90.
2. Sangineto M, Grizzi F, Donato MF, Fiore MG, Spinelli A, Balzano G, et al. Dimethyl fumarate ameliorates hepatic inflammation in alcohol related liver disease. Liver Int. 2020 Jul;40(7):1610-19.
3. Vena GA, Cassano N. The effects of alcohol on the metabolism and toxicology of anti-psoriasis drugs. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2012;8(8):959-72.
4. Parisi R, Rutter MK, Lunt M, Young HS, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Alcohol-Related Mortality in Patients With Psoriasis: A Population-Based Cohort Study. JAMA Dermatol. 2017;153(12):1256-62.
5. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard MA, et al. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013 Aug;27 Suppl 3:30-5.

UBE: Unidad de bebida estándar
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

Tildrakizumab como alternativa terapéutica en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave y cáncer rectal

Andrea Monedero de la Orden, Trinidad Martín González, Rubén Muriel Cantarero, Eduardo López Vera.
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica, que compromete la calidad de vida de los pacientes desde edades muy tempranas. El mejor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad ha permitido el desarrollo de nuevos fármacos biológicos, que presentan mayor efectividad y menos efectos adversos que los tratamientos sistémicos tradicionales. Sin embargo, en pacientes oncológicos, el tratamiento de la psoriasis sigue siendo un reto dada la naturaleza inmunosupresora de la mayoría de fármacos[1].
La interleucina 23 (IL-23) es la citocina reguladora esencial en la patogenia de la psoriasis, pues es responsable de la proliferación de las células Th17 causantes de la enfermedad.
tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal de alta afinidad dirigido a la subunidad p19 de la IL-23, indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes adultos que son candidatos a tratamiento sistémico[2].
Presentamos el caso de una paciente oncológica con psoriasis de moderada a grave tratada con tildrakizumab, con respuesta excelente y remisión mantenida tras un año de tratamiento.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 53 años, con antecedentes de obesidad y cáncer de recto T3N1 en tratamiento activo por oncología. Es remitida a nuestra consulta por psoriasis de más 20 años de evolución, sin clínica articular, con historia de fracaso o intolerancia a múltiples tratamientos previos, entre ellos fármacos clásicos (ciclosporina, acitretino y metrotexato) y fototerapia.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, la paciente presentaba múltiples placas de psoriasis afectando a espalda, glúteos, antebrazos, miembros inferiores, pliegues submamarios y pliegue interglúteo, calculándose un índice de Área de Superficie Corporal (BSA) del 18%.
Las lesiones eran intensamente eritematosas e infiltradas. De acuerdo con estos parámetros, se calculó un Índice de Gravedad del Área de Psoriasis (PASI) de 13.20.
Por último, realizamos un cuestionario de calidad de vida, con el que pudimos comprobar la severidad los síntomas de dolor y prurito, además del importante impacto en las relaciones interpersonales y la esfera laboral. El Índice de La Calidad de vida en Dermatología (DLQI) calculado fue de 15.
El diagnóstico fue de psoriasis en placas grave, en paciente oncológico.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado el contexto de la paciente, debido al importante impacto funcional y la gran afectación del pliegue interglúteo y la zona perianal, se planteó la posibilidad de inicio de tratamiento biológico con un inhibidor de la IL-23.
Se inició tratamiento con tildrakizumab, a dosis de 100 mg en inyección subcutánea, en las semanas 0 y 4, y cada 12 semanas en adelante.
En la semana 24, tras las tres primeras dosis, la respuesta fue prácticamente completa, con blanqueamiento de las lesiones y control global de la enfermedad. Actualmente, tras un año de seguimiento, la respuesta es sostenida, con una mejora significativa en la calidad de vida (pasando a tener un DLQI de 0) y una gran satisfacción con el tratamiento. No se han notificado efectos adversos.

CONCLUSIONES

- El tratamiento sistémico de la psoriasis en pacientes con antecedente de tumores sólidos continua en controversia, dada la inmunosupresión que producen muchos de estos fármacos, especialmente aquellos que actúan sobre la vía Th1, la más implicada en la inmunidad antitumoral[3].
- Tildrakizumab se posiciona como una **alternativa segura en pacientes oncológicos**, al actuar selectivamente sobre la IL-23, como avala el estudio re(SURFACE 1), en el que se ha encontrado una tasa especialmente baja de neoplasias sólidas y hematológicas, de 0,6/0,7 por cada 100 pacientes-año[4].
- Tildrakizumab 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 tercera dosis, alcanzando **PASI 90 en la semana 24**, con respuesta sostenida y control global de la enfermedad **(PASI 100) en la semana 52**.



Figura 1. A) Placas eritematodescamativas extensas afectando a región dorsal, lumbar y pliegue interglúteo. **B)** Resolución completa de las lesiones.



Figura 2. A) Lesiones psoriásicas afectando a pliegues submamarios y abdomen. **B)** Resolución completa de las lesiones.



Figura 3. A) Placa de psoriasis afectando a región pretibial derecha. **B)** Resolución de la lesión tras 24 semanas de tratamiento, alcanzando PASI 90. A En la semana 52 el blanqueamiento de las lesiones fue completo, alcanzando PASI 100, con respuesta sostenida y control global de la enfermedad.

Bibliografía:
1. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007 Jul 21;370(9583):263-271.
2. 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.
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.
4. 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.

Resultados con tildrakizumab a largo plazo en paciente con alta comorbilidad metabólica

Alberto Alegre Bailo, José Javier Mateos Rico, Araceli Sánchez Gilo y Francisco Javier Vicente Martín.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles, Madrid).

INTRODUCCIÓN

En ensayos clínicos aleatorizados precomercialización, tildrakizumab ha demostrado alcanzar PASI 75 en hasta el 61% y 66% de los pacientes a las 12 semanas de tratamiento con 100 y 200 mg respectivamente.[1] En el análisis post hoc de los mismos, esta eficacia se mantiene hasta 4 años después, con buenos perfiles de seguridad a largo plazo y con una baja incidencia de infecciones virales y bacterianas.[2, 3] Esta respuesta mantenida se ha observado incluso en pacientes con síndrome metabólico, con reducciones medias de PASI de hasta el 94% y 93% a las 52 y 100 semanas de tratamiento con 100 mg de tildrakizumab.[2, 4]

Presentamos un paciente con síndrome metabólico y psoriasis grave, con buena respuesta inicial y mantenida a tildrakizumab.

ANAMNESIS

Se trata de un varón de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, glucemias basales alteradas, dislipemia de mal control y obesidad (IMC=33,1 kg/m^2), cumpliendo criterios de síndrome metabólico.

Presenta psoriasis grave desde la infancia. Previamente había realizado tratamiento con acitretino y metotrexato, con mal control sintomático y empeoramiento del perfil lipídico. Además, el paciente había realizado tratamiento biológico con infliximab y secukinumab, que fueron suspendidos por desarrollo de complicaciones infecciosas (herpes zóster grave con neuralgia post-herpética y neumonía bacteriana atípica que precisó ingreso hospitalario, respectivamente).

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente presentaba placas y pápulas confluentes eritematosas, con descamación nacarada, moderadamente infiltradas, con afectación de cuero cabelludo, brazos, codos, antebrazos, manos, tronco, glúteos, muslos y piernas *(Figura 1)*.

Antes del inicio de tildrakizumab, el paciente presentaba valores de PASI 25, BSA 68% e IGA 4.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tildrakizumab a dosis de 100 mg en pauta estándar (semana 0, 4 y, posteriormente, cada 12 semanas).

En la semana 12, el paciente presentaba una reducción significativa de las lesiones, con práctica resolución, persistiendo pápulas aisladas en áreas extensoras *(Figura 2)*, alcanzando aclaramiento de PASI 90. En el seguimiento a largo plazo, el paciente mantiene buena respuesta tras 120 semanas de tratamiento *(Figuras 3 y 4)*.

Durante el seguimiento, el paciente no ha presentado alteraciones analíticas relevantes en marcadores de riesgo cardiovascular y se mantiene sin desarrollo de complicaciones.

CONCLUSIONES

1. Tildrakizumab alcanza buena respuesta en marcadores de gravedad de psoriasis desde semana 12 de tratamiento, manteniéndose a largo plazo como en nuestro paciente.
2. Tildrakizumab es eficaz en pacientes con síndrome metabólico, incluso a dosis baja.
3. Tildrakizumab presenta un buen perfil de seguridad en pautas de tratamiento prolongadas.

Bibliografía:
1. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Tyring 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. The Lancet. 2017 Jul 15;390(10091):276–88.
2. Lebwohl MG, Leonardi CL, Mehta NN, Gottlieb AB, Mendelsohn AM, Parno J, et al. Tildrakizumab efficacy, drug survival, and safety are comparable in patients with psoriasis with and without metabolic syndrome: Long-term results from 2 phase 3 randomized controlled studies (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). J Am Acad Dermatol. 2021 Feb 1;84(2):398–407.
3. Thaçi D, Jullien D, Egeberg A, Carrascosa JM, Wu JJ, Pau-Charles I, et al. Low incidence rate of respiratory and viral infections over 5 years of treatment with tildrakizumab in patients with moderate-to-severe psoriasis: pooled analysis from reSURFACE 1 and reSURFACE 2 phase 3 trials. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2021 Nov 14;35(11):e709–11.
4. Menter MA, Mehta N, Lebwohl M, Gottlieb A, Mendelsohn A, Rozzo S, et al. The Effect of Tildrakizumab on Cardiometabolic Risk Factors in Psoriasis by Metabolic Syndrome Status: Post Hoc Analysis of Two Phase 3 Trials (ReSURFACE 1 and ReSURFACE 2). Journal of Drugs in Dermatology. 2020 Aug 1;19(8):703–8.



Figura 1. Presentación clínica basal. Placas eritematosas, descamativas infiltradas en codos, muslos y glúteos (PASI 25).



Figura 2. Presentación clínica en semana 12 de tratamiento con tildrakizumab. Reducción significativa de lesiones (PASI 2).

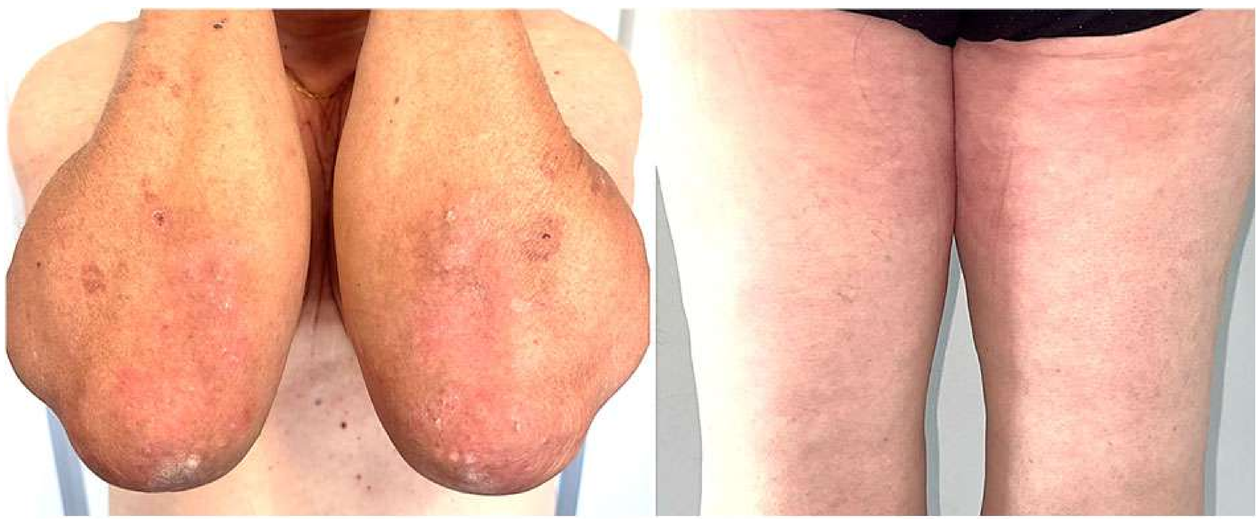


Figura 3. Presentación clínica en semana 120 de tratamiento con tildrakizumab. Práctica resolución de lesiones activas, con predominio de hiperpigmentación residual (PASI 1).

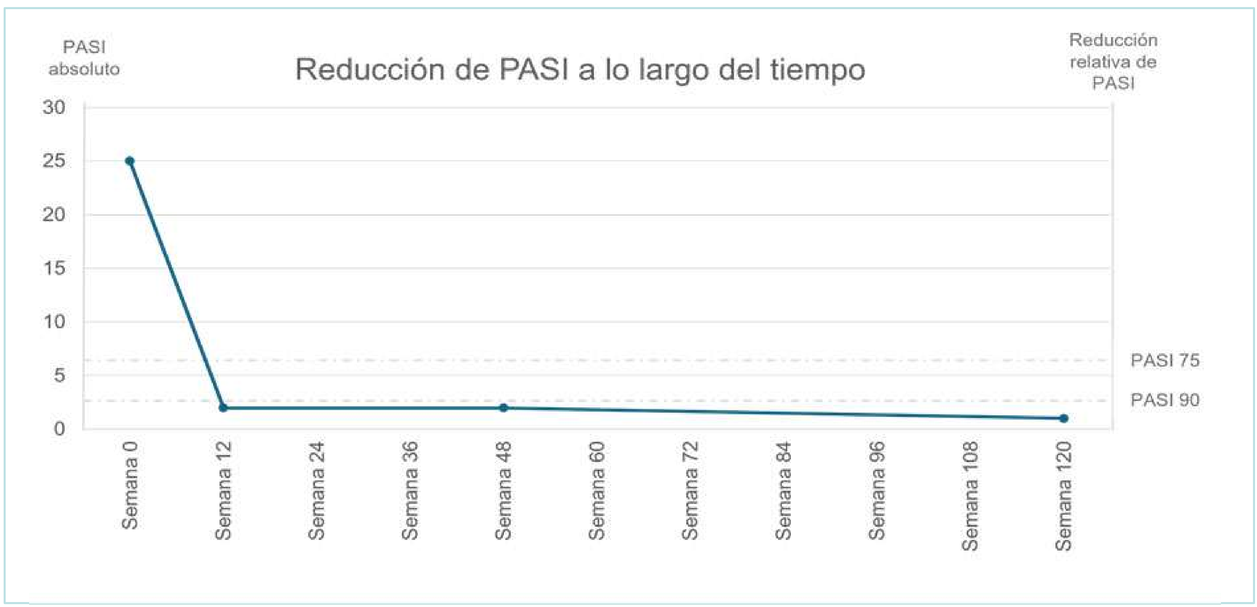


Figura 4. Evolución de PASI a lo largo del tiempo. Mantenimiento de criterios de PASI 90 desde semana 12 hasta semana 120.

Respuesta mantenida a tildrakizumab de psoriasis en placas de moderada a grave como sexta línea de tratamiento biológico

Sara Pilar Herrero Ruiz, Laura Fernández de la Fuente, Alberto Romero Maté
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel, clínicamente característica por la formación de placas eritematosas con descamación gruesa blanquecina, de predominio en superficies extensoras de las articulaciones.
Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige a la subunidad p19 de la interleucina-23 (IL-23) indicado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas de moderada a grave candidatos a terapia sistémica.

ANAMNESIS

Varón de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento con metformina, sitagliptina, atenolol y atorvastatina. Presenta psoriasis en placas de veinte años de evolución. Desde entonces ha realizado múltiples tratamientos sistémicos:

- **Fototerapia PUVA** y **REPUVA** en varios ciclos con dosis acumuladas de 206 J/cm^2.
- **Acitretina** 35 mg diarios durante 7 meses sin respuesta.
- **Ciclosporina** a dosis de 5 mg/kg durante 6 meses sin respuesta.
- **Metotrexato** 15 mg semanales durante 14 meses con mejoría parcial inicial, pero empeoramiento posterior.
- **Adalimumab** durante 6 meses. Se suspende por fallo primario.
- **Etanercept** durante 8 meses. Se suspende por fallo primario.
- **Ustekinumab** durante 28 meses. Se suspende por fallo secundario.
- **Secukinumab** durante 13 meses. Se suspende por fallo primario.
- **Ixekizumab** durante 12 meses. Se suspende por fallo secundario.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Tras los tratamientos referidos previamente, a la exploración presenta placas eritematosas con descamación gruesa nacarada de intensidad moderada en codos, rodillas y caderas, y de forma más salpicada alguna lesión aislada en tronco. Se calcula el PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) con un resultado de 12 y el BSA (*Body Surface Area*) es de un 8.5%. El paciente presenta, por tanto, una psoriasis en placas de moderada a grave.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

En diciembre de 2019, tras fallo a múltiples tratamientos sistémicos entre los que destacan cinco tratamientos biológicos, se inicia tratamiento con **tildrakizumab**. Al inicio del tratamiento presenta un PASI de 15.6 con un BSA de 11% (Fig. 1). Recibe una dosis de inducción inicial de 100 mg en la semana 0 y 4, y posteriormente una dosis de mantenimiento de 100 mg cada 12 semanas con mejoría progresiva de las lesiones, siendo más llamativa a partir de la semana 28.
Actualmente **a los cuatro años** de tratamiento (semana 208) persiste resolución completa de las lesiones de las caderas, rodillas y tronco, presentando únicamente placas de intensidad leve en codos, con un PASI de 1.2 (**PASI 90**) y un BSA de 1.5% (Fig. 2).



Figura 1. Semana 0 de tratamiento con tildrakizumab.
PASI 15.6; BSA 11%



Figura 2. Semana 208 de tratamiento con tildrakizumab.
PASI 1.2 (PASI 90); BSA 1.5%

CONCLUSIONES

Tildrakizumab es un inhibidor selectivo de la unidad p19 de la IL-23 que inhibe la liberación de citoquinas y quimiocinas proinflamatorias, indicado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas de moderada a grave candidatos a terapia sistémica.
En nuestro caso ha conseguido mantener una respuesta adecuada a largo plazo tras más de cuatro años de tratamiento, con un PASI90, cuando previamente encontrábamos pérdida de eficacia de otros biológicos en los primeros meses de tratamiento. Se destaca la importancia de mantener el tratamiento a largo plazo ya que la mejoría inicial fue progresiva y hasta las 28 semanas no se alcanzó la respuesta prácticamente completa que ha mantenido desde entonces.
Tildrakizumab puede ser, además de un tratamiento de primera línea, una opción eficaz para rescatar a aquellos pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave que han presentado fallos primarios o secundarios a inhibidores de la IL-17, de la IL-12/23 y a anti-TNF.

Bibliografía:

1. Carrascosa JM, Puig L, Belinchón Romero I, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Andrés Lencina JJ, et al. 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 1. «Conceptos y manejo general de la psoriasis con terapia biológica». Actas Dermosifiliogr. 2022;113(3):261-77. Disponible en: https://www.actasdermo.org/ es-actualizacion-practica-recomendaciones-del-grupo-articulo-S000173102100380X
2. Thaçi 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 Feb 5. doi: 10.1111/bjd.19866.

Eficacia de tildrakizumab en un paciente oncológico

Marta Cantarero-Gutiérrez, Vicenç Rocamora-Duran, Aina Vila-Payeras, Beatriz González-Llavona, Marta Pascual-López, Mª Concepción Sánchez-Bermejo y María Inmaculada Guilarte-Pages.
Servicio de Dermatología, Hospital de Manacor (Illes Balears)

INTRODUCCIÓN

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 /k humanizado frente a la subunidad p19 de IL-23 aprobado para el tratamiento de pacientes con psoriasis en placas moderada a grave en adultos desde 2018. Tildrakizumab presenta un buen perfil de seguridad en los ensayos clínicos, tan solo destacable una incidencia discretamente mayor de nasofaringitis.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un **paciente de 69 años diabético, hipertenso, exfumador y exenólico crónico, con antecedentes de cardiopatía isquémica e hiperuricemia.**

En enero de **2018**, se diagnostica de un **hepatocarcinoma localizado en el segmento V hepático** sin evidencia de enfermedad a distancia y fue intervenido en marzo de 2018 mediante resección quirúrgica del mismo. Desde entonces, ha seguido controles por Oncología y se encuentra libre de enfermedad.

El paciente además presenta **psoriasis en placas de moderada a grave de más de 10 años** de evolución refractaria a tratamientos tópicos, fototerapia UVB y ciclosporina. Tras comentar el caso y consensuado con Oncología, actualización de calendario vacunal y pruebas complementarias oportunas se **decidió iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg** según Ficha técnica en **marzo de 2021**.

Al inicio del tratamiento el paciente tenía un PASI de 12, BSA de 20, PGA de 3 y DLQI de 9 que pasó a PASI de 3, BSA de 3, PGA de 1 y DLQI de 5 a las 16 semanas de tratamiento.

Actualmente, a 32 semanas de tratamiento, la situación del paciente es de PASI de 3, BSA 2 y PGA de 1, con excelente tolerancia y sin efectos adversos.

CONCLUSIONES

En conclusión, reportamos un caso de paciente oncológico con psoriasis moderada en tratamiento con tildrakizumab con excelente respuesta y con un perfil de seguridad excelente. Consideramos que tildrakizumab puede suponer una opción terapéutica eficaz, segura y bien tolerada en pacientes adultos con antecedente de neoplasia bien controlada y con psoriasis moderada a grave.

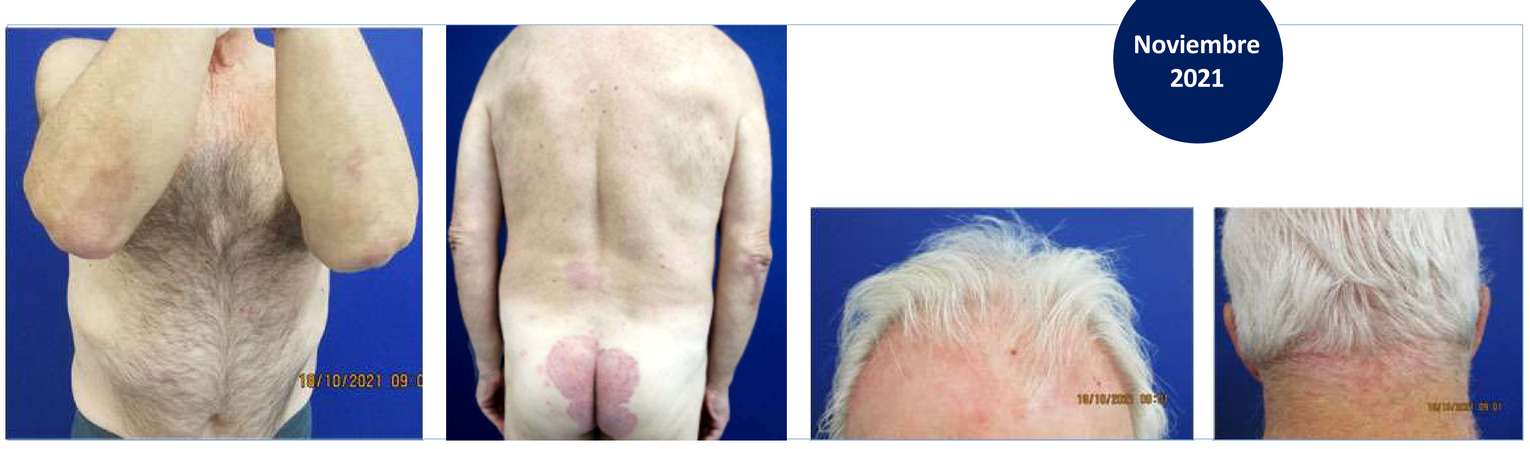
Semana 0



Semana 16



Semana 28



Semana 32



Bibliografía

1. 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 (Basel, Switzerland) 2022; 238: 615–619. - PMC – PubMed
2. 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 TILOT. J Eur Acad Dermatol Venereol 2023; 37: 85–92.

Psoriasis en placas con extensa afectación de cuero cabelludo con excelente respuesta a tildrakizumab

Isabel Polo Rodríguez, Susana Medina Montalvo
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis a menudo afecta áreas que son difíciles de tratar, como el cuero cabelludo (43 a 65 %), la cara (30 a 49 %), las áreas genitales (14 a 43 %), las uñas (23 a 60 %), así como las manos y/o pies (12–16 %). Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1/κ producido en células de ovario de hámster chino mediante técnicas de ADN recombinante, que se une selectivamente a la subunidad p19 de la interleucina-23. Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que son candidatos a tratamiento sistémico. Hay estudios recientemente publicados que avalan su eficacia en localizaciones especiales en vida real.



Figura 1. Situación basal: extensa afectación de cuero cabelludo con placas eritematosas y descamación.

ANAMNESIS

Varón de 36 años con antecedentes de (DL) e hipertensión arterial (HTA), no fumador ni bebedor, natural de Rumanía, con un índice de masa corporal normal que consultó hace 6 años por lesiones genitales con diagnóstico clínico de psoriasis. Inicialmente se trató con corticoides tópicos con mejoría parcial, pero, posteriormente fueron apareciendo lesiones en cuero cabelludo, tronco y extremidades inferiores (EEII). En 2020, ante el empeoramiento y la falta de control con tratamiento tópico, se inició tratamiento con apremilast pero el paciente perdió seguimiento por la pandemia COVID-19. En noviembre de 2023 vuelve a consultar, iniciándose apremilast que suspendió a la semana por intolerancia digestiva y sensación de mareo, por lo que se decidió iniciar tratamiento con tildrakizumab.



Figura 2. Situación basal: placas ertematodescamativas en codos y antebrazos, con descamación nacarada.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En el momento basal, antes de iniciar tratamiento biológico, el paciente presentaba una afectación del 50% del cuero cabelludo con eritema intenso y descamación, placas en codos y lesiones aisladas en EEII. No presentaba lesiones genitales en ese momento. El **PASI basal era de 7.60, el BSA de 11.00 %** y la escala **EVA para prurito de 8. Con el diagnóstico de psoriasis en placas moderada-severa, con afectación extensa de cuero cabelludo, se inició tratamiento con tildrakizumab en pauta estándar.**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras la primera dosis de **tildrakizumab** se produjo importante mejoría, y a las 16 semanas del inicio del tratamiento, presentaba **PASI 0.** Así mismo, el paciente refería una reducción muy importante del picor (EVA 0).



Figura 3. Situación a las 16 semanas del inicio del tratamiento con tildrakizumab: Las lesiones de cuero cabelludo, han desaparecido.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La psoriasis en localizaciones especiales como el cuero cabelludo, sigue siendo un reto por su mala respuesta terapéutica. El purito frecuentemente asociado y lo visible de las lesiones hace que la repercusión sobre la calidad de vida del paciente sea mayor, por lo que elegir el tratamiento adecuado es esencial. Tanto las moléculas pequeñas como los biológicos han mostrado su eficacia en esta localización. Orsini et al en estudio multicéntrico de pacientes con edad avanzada que incluyeron un 34% de pacientes con psoriasis en esta localización, concluyen que tildrakizumab podría ser una opción terapéutica valiosa. Campioni et al, en 2023, en un estudio de práctica clínica incluyeron a 53 pacientes, de los cuales un 37,7% presentaban afectación del cuero cabelludo. Estos autores concluyen que tildrakizumab es una opción terapéutica válida, principalmente en pacientes que no mejoraron con otros biológicos o terapias sistémicas tradicionales y en pacientes con comorbilidades como la HTA (como era el caso de nuestro paciente). En el estudio observacional prospectivo TILOT, Tsianakas et al en 2023 observan que los pacientes con afectación del cuero cabelludo y las uñas o prurito mostraron una marcada mejoría al ser tratados con tildrakizumab.

En base a la experiencia clínica aportada, tildrakizumab demuestra ser extremadamente eficaz, con un buen perfil de seguridad para el tratamiento de la psoriasis en placas crónica de moderada a grave que afecta a áreas difíciles de tratar, con una mejora significativa de los índices como el scalp-specific PGA o el Psoriasis Area and Severity Index (PASI), entre otros.

Nuestro paciente, con comorbilidades (HTA) que era naïve a biológicos, pero no había respondido a apremilast, obtuvo una rápida respuesta al tratamiento con tildrakizumab, con una excelente tolerancia, consiguiendo la desaparición completa de las lesiones y el picor del cuero cabelludo y de las placas en extremidades.



Figura 4. Situación a las 16 semanas del inicio del tratamiento con tildrakizumab. Las lesiones de miembros superiores e inferiores se han blanqueado.

Bibliografía:

1. Orsini D, Caldarola G, Dattola A, Campione E, Bernardini N, Frascione P, De Simone C, Richetta AG, Galluzzo M, Skroza N, Assorgi C, Amore E, Falco GM, Gaeta Shumak R, Artosi F, Maretti G, Potenza C, Bianchi L, Pellacani G, Peris K, Bonifati C, Graceffa D. Efficacy and safety of tildrakizumab in elderly patients: real-world multicenter study (ESTER - study). J Dermatolog Treat. 2024 Dec;35(1):2319304
2. Campione E, Lambiase S, Gaeta Shumak R, Galluzzo M, Lanna C, Costanza G, Borselli C, Artosi F, Cosio T, Tofani L, Dattola A, Di Daniele F, Bianchi L. A Real-Life Study on the Use of Tildrakizumab in Psoriatic Patients. Pharmaceuticals (Basel). 2023 Mar 31;16(4):526.
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 TILOT. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023 Jan;37(1):85-92.
4. Narcisi A, Valenti M, Cortese A, Toso F, Pavia G, Gargiulo L, Borroni R, Costanzo A. Anti-IL17 and anti-IL23 biologic drugs for scalp psoriasis: A single-center retrospective comparative study. Dermatol Ther. 2022 Feb;35(2):e15228.

Tildrakizumab: más allá de la psoriasis. Mejorando la calidad de vida de un paciente oncológico

Luis Felipe Godoy Villalón, Carlos Fabian Figueroa Martín, Andrea San José Rodríguez, Gabriel Rodríguez Vega, Zaida Hernández Hernández.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, frecuente y que puede asociarse a una importante afectación sistémica. Se ha reconocido un mayor riesgo de neoplasias, especialmente cutáneas. En la actualidad se dispone de un amplio arsenal terapéutico, desde terapias tópicas e inmunosupresores clásicos hasta fármacos biológicos. Sin embargo, existe incertidumbre acerca del manejo de la psoriasis en pacientes oncológicos.

Las terapias biológicas podrían alterar las vías innata y adaptativa de la inmunovigilancia del cáncer. A pesar de esto, los escasos estudios en vida real publicados no muestran aumento del riesgo de neoplasias, ni peor pronóstico. Presentamos un caso de psoriasis grave en un paciente oncológico, tratado exitosamente con tildrakizumab.

ANAMNESIS

Varón de 72 años con antecedente de psoriasis en placas sin tratamiento, con último brote hace 20 años. En seguimiento por oncología por cáncer de próstata con metástasis óseas diagnosticado hace 1 año. En hormonoterapia con enzalutamida, consultó por lesiones pruriginosas y descamativas de 6 meses de evolución que afectaron progresivamente el tronco, extremidades, palmas y plantas. Asociado a limitación de la actividad y del sueño. Había estado en tratamiento con corticoides tópicos sin ver mejoría.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la exploración física presentaba múltiples pápulas y placas eritematodescamativas, de bordes netos, contorno irregular,
superficie plana y con descamación blanquecina gruesa, de distribución generalizada, bilateral y simétrica (PASI 12). Presentaba afectación intensa en superficies de extensión, espalda, abdomen palmas y plantas (ver Figura 1).

En base a los antecedentes y la clínica se llegó al diagnóstico de psoriasis en placas y palmo plantar grave.



Figura 1. Presentación cínica inicial. Grave afectación de tronco (A), espada (B) y palmas (C y D).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras valorar el antecedente de cáncer de próstata en tratamiento activo, se indicó tildrakizumab100 mg subcutáneo a las semanas 0 y 4, y posteriormente cada 12 semanas.
A las 22 semanas la respuesta fue satisfactoria, con desaparición total de las lesiones (PASI 0) y con mejoría completa en la calidad de vida. En la exploración sólo presentaba maculas marrones residuales (ver Figura 2).
En la actualidad sigue en seguimiento por dermatología y oncología.



Figura 2. Tratamiento con tildrakizumab. Respuesta clínica a la semana 22: Sin lesiones PASI 0.

CONCLUSIONES

El manejo de la psoriasis en pacientes oncológicos sigue siendo objeto de debate. Ilunetri®, un fármaco biológico anti IL-23, se presenta como una opción segura y efectiva en estos pacientes. En nuestro caso, ha permitido una resolución clínica completa y con ello, una mejor calidad de vida para enfrentar el tratamiento del cáncer.

Bibliografía:

1. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, Pérez B, Galache C, de la Cueva P, Carrascosa JM. Recommendations from the Spanish Academy of Dermatology and Venereology Psoriasis Working Group on the Management of Patients with Cancer and Psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2024 Feb 19:S0001-7310(24)00154- 6.
2. Garcia-Doval I, Descalzo MA, Mason KJ, Cohen AD, Ormerod AD, Gómez-García FJ, Cazzaniga S, Feldhamer I, Ali H, Herrera-Acosta E, Griffiths CEM, Stern RS, Naldi L; Psonet Network. Cumulative exposure to biological therapy and risk of cancer in patients with psoriasis: a meta-analysis of Psonet studies from Israel, Italy, Spain, the U.K. and Republic of Ireland. Br J Dermatol. 2018 Oct;179(4):863-871.

Psoriasis y cáncer: en busca de una alternativa segura y eficaz

Juan Ortiz Álvarez[1], Lourdes Rodríguez Fernández-Freire[1], Giovana Osorio Gómez[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]
1. UGC de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la atención a las comorbilidades que presentan los pacientes con psoriasis es de especial relevancia a la hora de elegir el tratamiento más adecuado. En el caso del cáncer, algunos de los sistémicos clásicos como metotrexato o ciclosporina deben emplearse con especial precaución o pueden estar incluso contraindicados. Por otro lado, los fármacos frente a TNF aparecen como explícitamente contraindicados en pacientes con neoplasia con un intervalo libre de enfermedad menor a 5 años.

Presentamos el caso de una paciente tratada con psoriasis y neoplasia concomitante tratada con tildrakizumab.

ANAMNESIS

Presentamos el caso de una paciente de 71 años, fumadora desde su juventud e hipertensa. Como antecedentes de interés destacaban taquicardia paroxística y EPOC, ambos bien controlados, y un carcinoma micropapilar de tiroides tratado hacía más de 10 años con cirugía y yodo radiactivo. Había consultado previamente por psoriasis, para la que se pautan un ciclo de fototerapia con fracaso secundario y, posteriormente, metotrexato subcutáneo a dosis de 15 mg semanales. Mientras recibía este tratamiento, comenzó con hematuria, siendo diagnosticada de carcinoma de vejiga de alto grado que es abordado quirúrgicamente.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La paciente sufrió un empeoramiento tras la suspensión de metotrexato, presentando placas eritemato-descamativas, diagnósticas de psoriasis en zona de extensión de miembros, glúteos y pliegue interglúteo. La superficie corporal afecta (BSA) era de un 20% y el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) de 14.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió suspender metotrexato e iniciar tratamiento con tildrakizumab a dosis de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4 y, posteriormente, cada 12 semanas.

A las 12 semanas de tratamiento, la paciente manifestaba ya una buena respuesta, sin efectos secundarios y con mejoría de la calidad de vida. El BSA había pasado de un 20% a un 3% y el PASI de 14 a 1’1, lo que suponía un aclaramiento mayor al PASI90. Por otro lado, la neoplasia vesical se encontraba bien controlada y no había presentado recidivas ni complicaciones.



Figura 1. Lesiones del antebrazo de la paciente previas al inicio de tratamiento con tildrakizumab



Figura 2. Lesiones del antebrazo de la paciente tras dos dosis de inducción de tildrakizumab

CONCLUSIONES

El manejo de la psoriasis en pacientes con cáncer puede ser un reto y un mal control de esta puede incidir negativamente en su calidad de vida. Según la evidencia más reciente, los fármacos dirigidos frente a la interleukina 23 se erigen como uno de los más seguros en esta situación y los expertos los posicionan en sus recomendaciones en la primera línea, por encima de otros como los anti-TNF. Destacamos en el presente caso, el rápido alcance de PASI90 y la ausencia de complicaciones en cuanto a la enfermedad oncológica de base.
En conclusión, tildrakizumab tildrakizumab se erige como una opción eficaz y segura para el tratamiento de pacientes con psoriasis de moderada a grave con neoplasia activa o reciente.

Bibliografía:
1. Ortiz Álvarez J, Rodríguez Fernández-Freire L, Hernández-Rodríguez JC, Barabash-Neila R, Durán-Romero AJ, Morillo-Andújar M, Conejo-Mir Sánchez J. Efficacy and safety of biological therapy in patients with psoriasis and recent neoplasia: experience in real single-center clinical practice. Arch Dermatol Res. 2022 Oct 31. doi: 10.1007/s00403-022-02443-y.
2. Valenti M, Pavia G, Gargiulo L, Facheris P, Sanna F, Borroni R et al (2021) Biologic therapies for plaque type psoriasis in patients with previous malignant cancer: long-term safety in a single- center real-life population. J Dermatolog Treat 33(3):1638–1642
3. Plachouri KM, Georgiou S (2019) Challenges in the treatment of psoriasis with biologics: vaccination, history of malignancy, human immunodeficiency virus (HIV) infection, and pediatric psoriasis. Int J Dermatol 58(9):1008–1013
4. Kaushik SB, Lebwohl MG (2019) Psoriasis: which therapy for which patient: psoriasis comorbidities and preferred systemic agents. J Am Acad Dermatol 80(1):27–40.

¿Podemos mejorar el bienestar de los pacientes con los tratamientos actuales?

Jorge Magdaleno-Tapial, José María Ortiz-Salvador, Andrés Grau-Echevarría, Daniel Blaya-Imbernón; Malena Finello, José Luis Sánchez-Carazo
Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica sistémica que puede llegar a afectar profundamente en la calidad de vida de los pacientes. Pese a que los tratamientos biológicos más modernos son capaces de blanquear de lesiones cutáneas a los pacientes, aspectos como los síntomas que provoca la psoriasis (prurito, descamación, escozor) o la comodidad y adherencia de los fármacos no evalúan habitualmente, lo que provoca que hasta el 40% de los pacientes manifieste que el dermatólogo no tiene en cuenta su bienestar (1). Por tanto, debemos elevar las medidas de calidad de vida como resultados más importantes e implicar a los pacientes en enfoques asistenciales centrados en las personas y personalizados (2). Presentamos un caso donde el tratamiento con tildrakizumab mejoró la calidad de vida de un paciente donde la psoriasis, aunque clínicamente con lesiones discretas, le afectaba mucho en su desarrollo diario.

ANAMNESIS

Varón de 60 años que consultaba por psoriasis de más de 20 años de evolución, tratada con fármacos tópicos y fototerapia. Como antecedentes destacaba una infección por VIH en tratamiento antirretroviral y antecedentes de múltiples episodios de sífilis y gonorrea. Practicaba *chem-sex*, incluyendo el uso de popper. Además, presentaba un diagnóstico previo hacía 2 años de sarcoma de Kaposi en remisión y un evento reciente en diciembre de 2022 de gangrena de Fournier que requirió hospitalización durante dos meses y realización de una colostomía (pendiente de cirugía de reanastomosis).

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se observaban lesiones compatibles con psoriasis especialmente en zona glútea y ambos costados, alcanzando un PASI de 5, un BSA de 6% y un PGA de 2. Pese a presentar una afectación limitada, estas lesiones le producían un intenso prurito (10/10) y una afectación considerable en su calidad de vida, evidenciado por un índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) de 19.



Figura 1. Placas de psoriasis intensamente eritematosas aunque poco descamativas e infiltradas en región glútea y costados, previo al inicio de tildrakizumab. PASI 5

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Inició tratamiento con tildrakizumab 100 mg en junio de 2023, tras lo cual experimentó una mejora completa con un PASI de 0 y un DLQI de 0 en septiembre de 2023, reflejando una remisión total de los síntomas de psoriasis y una recuperación plena de la calidad de vida, mostrándose muy contento con los resultados del tratamiento. A día de hoy el paciente se mantiene con tildrakizumab 100 mg cada 12 semanas sin mostrar rebrote de su enfermedad ni eventos adversos reseñables. Además, ha sido intervenido de anastomosis de la colostomía sin retirada del fármaco y sin complicaciones post-quirúrgicas.

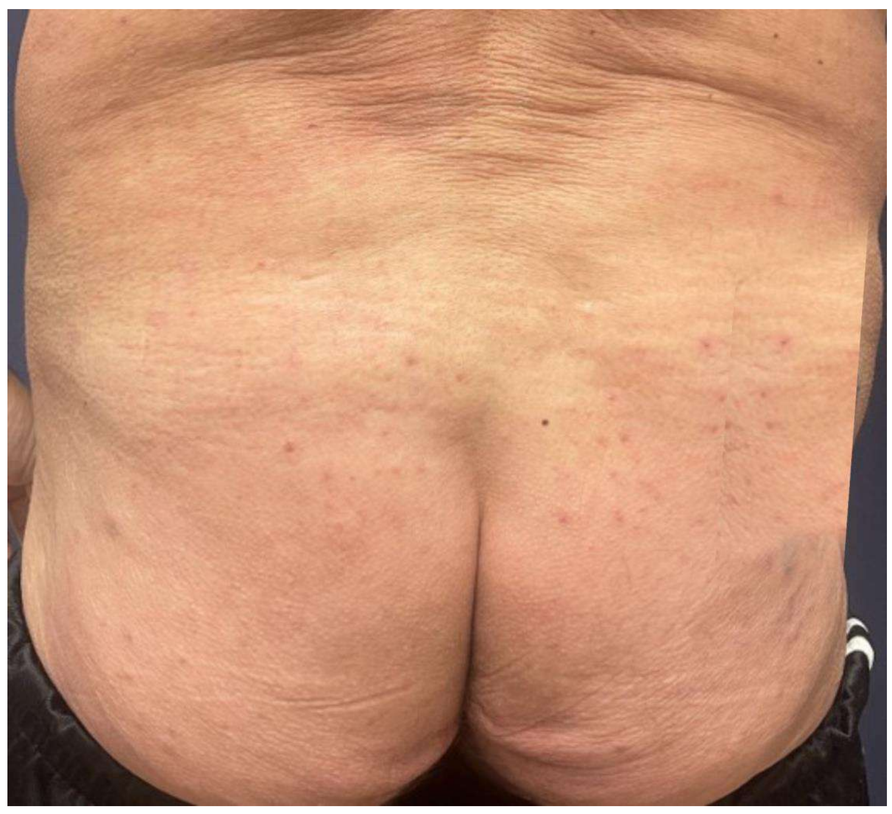


Figura 2. PASI 0 a las 12 semanas de seguimiento

CONCLUSIONES

El presente caso muestra la eficacia de tildrakizumab así como su seguridad en un paciente complejo, con una infección crónica como es el VIH, antecedentes de neoplasia (sarcoma de Kaposi) y ante una cirugía mayor (reanastomosis colo-rectal). La clásica frase “se tratan pacientes y no personas” se pone de manifiesto en este caso clínico, donde se pautó tildrakizumab no sólo buscando la desaparición de las lesiones cutáneas sino buscando el bienestar del paciente tanto en su esfera física como mental y social.

El estudio TRIBUTE es un ensayo clínico de fase IV donde se observó que un 88.4% de pacientes alcanzaran un PASI < 3 y un 70.4% lograran un DLQI de 0/1 en la semana 24 tras tratamiento con tildrakizumab. Además, el 76.5% de los pacientes experimentó una reducción notable en el prurito (3). Por otro lado, el estudio POSITIVE exploró un nuevo concepto en pacientes con psoriasis tratados con tildrakizumab, evaluando el bienestar del mismo desde una perspectiva integral empleando el índice WHO-5 como objetivo primario en un estudio clínico en dermatología. Los resultados mostraron que el 85.1% de los pacientes alcanzó una respuesta de PASI ≤3 en la semana 28, y hubo una mejora significativa en la media de la puntuación de WHO-5, reflejando un aumento en el bienestar general de los pacientes (4). En conjunto, ambos estudios destacan la efectividad y el impacto positivo de tildrakizumab en el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave, enfatizando no sólo en la mejora de los síntomas clínicos sino también el aumento en la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes, lo que también se ve reflejado en el caso clínico presentado dentro de la práctica clínica habitual.

Bibliografía:

1. Prignano F, Brunasso AMG, Fabbrocini G, et al. Sharing Patient and Clinician Experiences of Moderate-to-Severe Psoriasis: A Nationwide Italian Survey and Expert Opinion to Explore Barriers Impacting upon Patient Wellbeing. J Clin Med. 2022;11:2801
2. Koren J, Lambert JLW, Thomsen SF, McAteer H, et al. Elevating the Standard of Care for Patients with Psoriasis: 'Calls to Action' from Epicensus, a Multistakeholder Pan-European Initiative. Dermatol Ther (Heidelb). 2023 Jan;13(1):245-268
3. Costanzo A, Llammas-VEur Acad Dermatol Venereol. 2023 May 29. elasco M, Fabbrocini G, et al. Tildrakizumab improves high burden skin symptoms, impaired sleep and quality of life of moderate- to- severe plaque psoriasis patients in conditions close to clinical practice.
4. Augustin M, Sommer R, Daudén E, et al. Patient-reported well-being in value-based care using tildrakizumab in a real-world setting: protocol of a multinational, phase IV, 1-cohort prospective observational study (the POSITIVE study). BMJ Open. 2023;13(2):e060536.

Tratamiento de psoriasis severa con tildrakizumab en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Carlos Abril-Pérez[1], Antonio Javier Sahuquillo-Torralba[1], Conrad Pujol-Marco[1], Rafael Botella-Estrada[1, 2].

1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.
2. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina. Valencia, España.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis en personas con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede llegar a ser más grave y resistente que el resto de la población[1] pues proteínas virales específicas promueven la expresión de interleucinas y del factor alfa de necrosis tumoral. Las terapias biológicas pueden dirigirse a dichas citoquinas específicas para el tratamiento de la psoriasis en pacientes con VIH[2]. Presentamos el caso de un varón afecto por síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y psoriasis, tratado con éxito usando tildrakizumab.

ANAMNESIS

Varón de 53 años diagnosticado de síndrome de inmunodeficiencia humana en 1988, en tratamiento activo con bictegravir/emtricitabina/tenofovir, con buen control de carga viral. También presentaba infección crónica por virus de hepatitis C así como dependencia a opiáceos. Capaz para realizar actividades básicas de la vida diaria, pero con intensa dependencia social. Consulta en nuestro servicio con diagnóstico de psoriasis en placas severo, en tratamiento con metotrexato, con evidente fallo secundario, PASI.

25. Se inició tratamiento con adalimumab, con la consiguiente reducción del PASI a 6. Sin embargo, el paciente comentaba mala tolerancia al tratamiento, con escalofríos, decaimiento y dolor abdominal, así como poca voluntad por administrar el tratamiento por la posología indicada, por lo que decidió dejarlo. Se realizó cambio entonces a tildrakizumab con posología indicada en ficha técnica, en tal momento con PASI 24 (Figura 1).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras tres meses del inicio, el paciente acude a consulta con lesiones resueltas, evidente residuo en forma de hiperpigmentación postinflamatoria y mínimo DLQI (Figura 2). No presentaba ningún efecto secundario y mantenía un buen control de su patología infecciosa tras control por parte de Medicina Infecciosa. Tras 36 meses de tratamiento, el paciente mantiene resolución completa de lesiones, sin efectos adversos y buen control de su patología sistémica.



Figura 1. Lesiones al inicio de tratamiento. En este momento, la carga viral es de 52 copias y el RNA de Hepatitis C es indetectable.

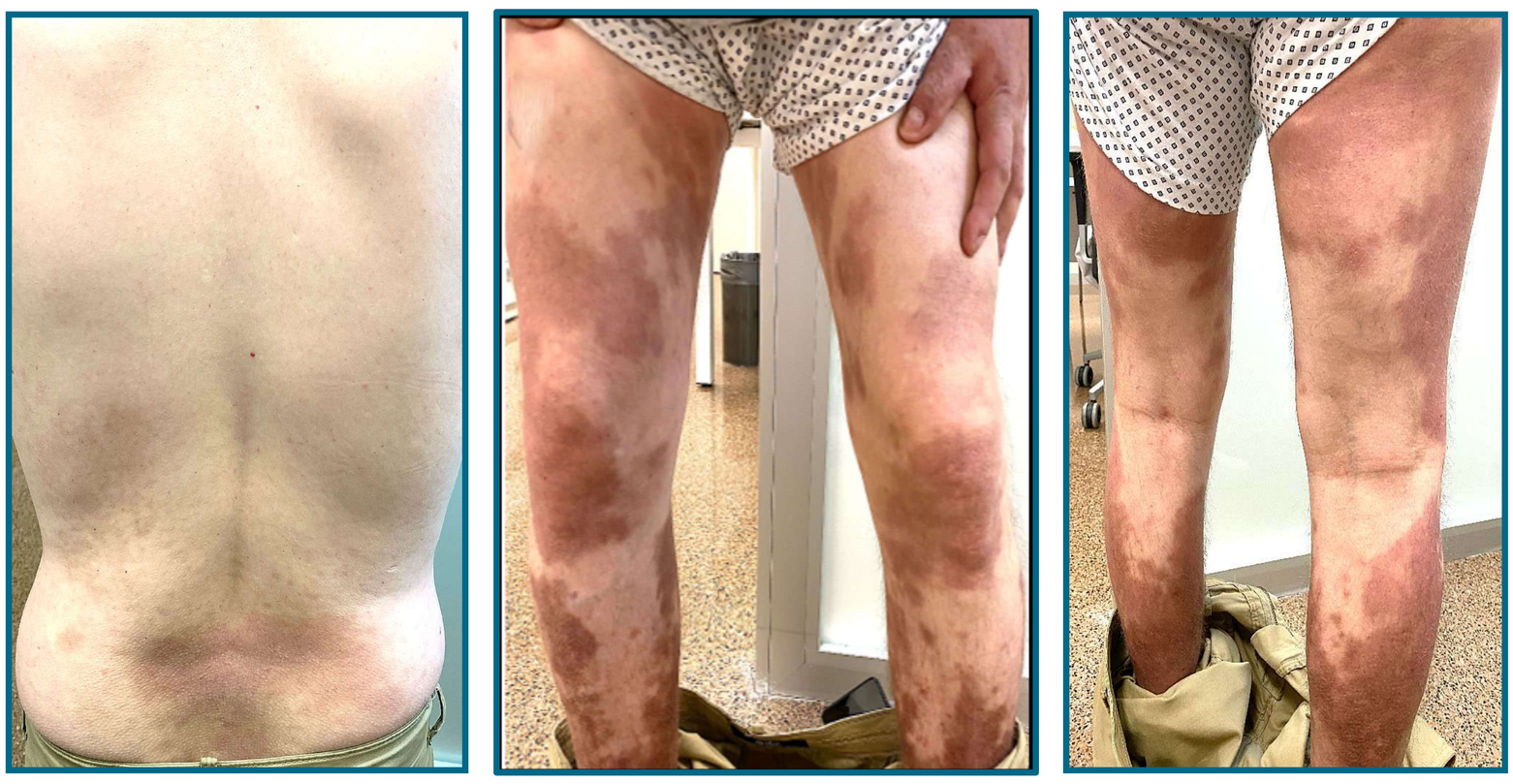


Figura 2. Pigmentación postinflamatoria en el lecho de lesiones previas, ahora resueltas.

CONCLUSIONES

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1 dirigido contra la interleukina 23. En este grupo de pacientes, la incidencia de psoriasis es ligeramente superior a la población normal[3]. Esto, sumado a un aumento de los casos y mejoría de la supervivencia con los tratamientos actuales, enfrentará cada vez con mayor frecuencia al dermatólogo con este reto terapéutico. Este paciente además refleja los resultados de los estudios reSURFACE, ya que la respuesta se produjo en apenas 12 semanas y es mantenida en el tiempo, alcanzando 3 años de estabilidad[4]. Nuestro caso ilustra la posibilidad de tildrakizumab como una opción segura en el tratamiento de pacientes con VIH controlado, mostrando además una efectividad remarcable y una posología conveniente.

Bibliografía:

1. Plachouri KM, Georgiou S. Challenges in the treatment of psoriasis with biologics: vaccination, history of malignancy, human immunodeficiency virus (HIV) infection, and pediatric psoriasis. Int J Dermatol. 2019 Sep;58(9):1008-1013.
2. Bartos G, Cline A, Beroukhim K, Burrall BA, Feldman SR. Current biological therapies for use in HIV-positive patients with psoriasis: case report of gesulkumab used and review. Dermatol Online J. 2018 Nov 15;24(11).
3. Kumar A, Abbas W, Herbein G. TNF and TNF receptor superfamily members in HIV infection: new cellular targets for therapy? Mediators Inflamm. 2013;2013:484378.
4. 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 randomized phase III clinical trials (reSURFACE 1 and reSURFACE 2). *Br J Dermatol*. 2021;185(2):323-334.

Tratamiento con tildrakizumab en psoriasis con gran afectación de calidad de vida.

Ana Serrano Ordóñez, Trinidad Martín González, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Marina Romero Bravo.
Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica e inmunomediada, que afecta a la piel y otros sistemas de órganos. Entre las comorbilidades asociadas destaca el síndrome metabólico, y también deben tenerse en cuenta los antecedentes de enfermedades neoplásicas, ya que condicionan la elección del tratamiento.

Existe en la actualidad un gran arsenal terapéutico en psoriasis, por lo que deben tenerse en cuenta las características, comorbilidades y antecedentes del paciente, gravedad de la enfermedad, así como preferencias del paciente, con el objetivo de individualizar el tratamiento.

ANAMNESIS

Varón de 79 años. Entre sus antecedentes médicos de interés destaca diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina e insuficiencia renal leve. Fue diagnosticado de carcinoma urotelial, para el que recibió tratamiento quirúrgico, quedando libre de enfermedad a los 73 años, con seguimientos por parte de Urología. En seguimiento en consultas de Dermatología por psoriasis en placas diagnosticada a los 21 años. Había realizado tratamiento con múltiples fármacos sistémicos (metotrexato, acitretina, apremilast) y biológicos (antiTNF), con control parcial de la enfermedad, y posterior empeoramiento. Además, tenía dificultad para la adherencia terapéutica y rechazaba el tratamiento con fototerapia por dificultad para acudir al hospital. Presentaba gran afectación de calidad de vida e intenso prurito, que le impedían el descanso y le condicionaban las relaciones sociales y limitaban su vida diaria.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Presentaba extensas placas eritematodescamativas, con descamación gruesa nacarada, muy infiltradas, distribuidas en región glútea y pliegue interglúteo, escroto, miembros inferiores, superiores, y en tronco. Se calculó una medida en la escala de *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) de 16.9 y un porcentaje de área de afectación corporal (BSA) de 40%.
Se evaluó el impacto en calidad de vida mediante la escala *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), con un valor de 17.
Fue diagnosticado de psoriasis grave, dada la afectación >10% de superficie corporal, escala DLQI>10, así como afectación de área genital.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se realizaron análisis de sangre incluyendo hemograma, bioquímica, serologías infecciosas, y prueba de despistaje de tuberculosis, sin alteraciones. Se realizó una actualización del calendario vacunal, así como interconsulta a Urología, que dio el visto bueno para inicio de tratamiento biológico con tildrakizumab, dado el antecedente de carcinoma urotelial.

Se consensuó con el paciente iniciar tratamiento con tildrakizumab, inhibidor de IL23, con una dosis inicial de 100 mg en las semanas 0, 4, y, posteriormente, cada 12 semanas.

El paciente presentó muy buena evolución clínica, con una inicial notable mejoría en la calidad de vida, disminuyendo el prurito en las primeras semanas. Tras un mes de tratamiento, las placas de psoriasis se habían reducido de forma considerable, con posterior desaparición.

El paciente mantiene buena adherencia terapéutica y no ha presentado efectos adversos graves tras 15 meses de tratamiento. Ha presentado un episodio de infección respiratoria leve que fue tratada por su médico de atención primaria con antibioterapia oral y corticoides en aerosol.

Tras 2 meses de tratamiento, se objetivó una reducción en PASI de 16.9 a 0, y en DLQI de 17 a 2.



Figura 1. Placas eritematodescamativas muy infiltradas, con zonas erosionadas, afectando a ambos glúteos y cara posterior de muslos.



Figura 2. Resolución completa de placas de psoriasis, objetivándose solo un discreto eritema residual.

CONCLUSIONES

La psoriasis grave puede afectar de forma muy negativa en la vida diaria del paciente, por lo que es necesario iniciar un tratamiento sistémico. En nuestro paciente, tras el fracaso de múltiples tratamientos sistémicos y el gran deterioro en calidad de vida, unido a sus antecedentes y dificultad para la adherencia al tratamiento, se decidió el tratamiento con tildrakizumab, consiguiendo una respuesta clínica completa y la mejoría en calidad de vida del paciente.
Cabe destacar entre sus antecedentes el de una neoplasia en remisión, lo que hizo valorar de forma conjunta con Urología, así como el paciente, obteniendo el visto bueno y consensuando el tratamiento con un fármaco biológico inhibidor de IL23.

Bibliografía:
1. Liljendahl MS, Loft N, Nguyen TL, Skov L, Egeberg A. Use of systemic and biological therapy in patients with moderate-to-severe psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2023;49(1):35-41. doi:10.1093/ced/llad275
2. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Lencina JJA, et al. 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 Dermosifiliogr. 2022;113(6):583–609. doi: 10.1016/j.ad.2022.01.024
3. 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 2: specific clinical and comorbid situations. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(2):281–317. doi: 10.1111/jdv.

Psoriasis palmoplantar: localización difícil de tratar… o no

Alejandro Claudio Oliva[1], Rafael Mendoza Albarrán[1], Gonzalo Gallo Pineda[1], Mario Linares Barrios[1]
[1] Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

INTRODUCCIÓN

El manejo de la psoriasis palmoplantar es un reto frecuente en la práctica clínica diaria. El mayor grosor de la piel, la constante exposición al trauma y la fricción a la que se ven sometidas y el significativo deterioro de la calidad de vida los pacientes con afectación en estas zonas subrayan la necesidad de enfoques terapéuticos efectivos que den respuesta a la carencia de protocolos estandarizados para tratar la psoriasis en estas localizaciones especiales. Los tratamientos biológicos, entre los que se encuentran los fármacos dirigidos contra la IL-23, molécula esencial en la fisiopatología de la psoriasis, han modificado completamente el paradigma de esta enfermedad. Tildrakizumab, un anticuerpo monoclonal anti-IL-23, ha demostrado ser eficaz en la psoriasis, incluyendo en áreas difíciles de tratar como la localización palmo-plantar.

ANAMNESIS

Varón de 36 años sin otros antecedentes personales de interés con historia de psoriasis palmoplantar grave y refractaria desde la infancia. Ha sido tratado intermitentemente con corticoides tópicos, acitretino, ciclosporina, metotrexato, etanercept y ustekinumab a lo largo de 14 años. Durante los últimos 8 años estuvo parcialmente controlado con ustekinumab 90 mg cada 3 meses, pero presentó un mal control que constatamos en la última consulta.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se observó una marcada afectación palmar bilateral con placas eritemato-descamativas bien definidas y moderadamente infiltradas, resultando en un PASI de 3.2 (figura 1), un PGA de 4 y un impacto significativo en la calidad de vida (DLQI 15). No presentaba lesiones en otras localizaciones y el resto de la exploración general era normal.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Debido al control subóptimo con ustekinumab, se decidió cambiar a tildrakizumab 200 mg con inducción en las semanas 0 y 4 y luego cada 12 semanas. Tres semanas después, el paciente mostró una clara mejoría con una reducción del PASI a 0.5 (figura 2), un PGA de 2 sin prurito y una mejora notable en la calidad de vida (DLQI 5).



Figura 1. Afectación palmar previa al inicio de tildrakizumab manifestando placas eritemato-descamativas, queratósicas, infiltradas, bien definidas.

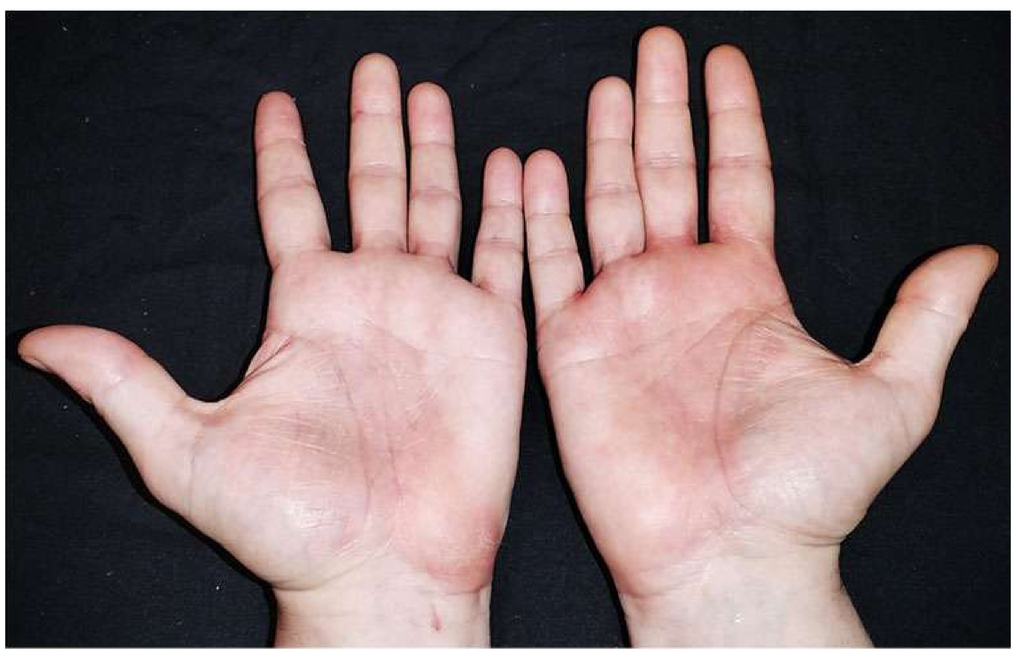


Figura 2. Rápida respuesta a tildrakizumab tras una única dosis. Obsérvese como 25 días después de la inyección las placas han desaparecido totalmente con leve eritema residual.

CONCLUSIONES

El manejo de la psoriasis palmoplantar es desafiante debido a la refractariedad al tratamiento convencional y su impacto significativo en la calidad de vida. Aunque no exista afectación sistémica, la afectación palmoplantar puede limitar gravemente la funcionalidad diaria, destacando la necesidad de enfoques terapéuticos eficaces.

La falta de estudios comparativos directos entre los tratamientos biológicos dificulta la elección de una terapia óptima. Tildrakizumab ofrece algunas ventajas como la posibilidad de duplicar la dosis en casos de alta carga de enfermedad, incluyendo en este perfil los pacientes con afectación de la calidad de vida por psoriasis en las localizaciones especiales. Además, ha demostrado una rápida respuesta en nuestro paciente con una única dosis, desafiando la percepción de que los inhibidores de IL-23 son más lentos que los inhibidores de IL-17.

Aunque se necesitan más estudios para establecer protocolos estandarizados, los datos actuales respaldan el uso de tildrakizumab como una opción terapéutica válida para la psoriasis en localizaciones difíciles, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados.

Bibliografía:
1. Ruggiero A, Megna M, Fabbrocini G, Ocampo-Garza SS. Anti-IL23 biologic therapies in the treatment of psoriasis: real-world experience versus clinical trials data. Immunol Res. Juny, 2023;71(3):328-55. 2. Elgaard CDB, Iversen L, Hjuler KF. Guselkumab, tildrakizumab, and risankizumab in a real-world setting: drug survival and effectiveness in the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. Journal of Dermatological Treatment. Deciember, 2023;34(1):2133531. 3. 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 May 7;11(9):2631. 4. 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 May 7;11(9):2631.

Psoriasis y comorbilidades: tildrakizumab como pieza clave

Gloria de la Vega Calvo Moreno, José Antonio Llamas Carmona, Ana Serrano Ordóñez, Marina Romero Bravo.
Hospital Regional Universitario de Málaga. Servicio de Dermatología.

INTRODUCCIÓN

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 y poligénica.

El 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 crónica moderada-severa en pacientes candidatos a tratamiento sistémico.





ANAMNESIS

Presentamos el caso de un paciente **varón de 42 años** diagnosticado de **psoriasis en placas** desde hace 5 años.

- No signos o síntomas de artritis psoriásica.
- Hábito tabáquico: 12 cigarrillos/día.
- Sobrepeso (IMC 28).

Colitis ulcerosa con mesalazina

DM1 de difícil control

Mantenimiento estable durante años con tratamiento tópico (corticoides de mediana potencia e inhibidores de la calcineurina).

Tras brote de lesiones refractarias, se inicia metotrexato 20 mg semanales, que debe ser suspendido por mala tolerancia a nivel digestivo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente presentaba **grandes placas eritematodescamativas** y levemente infiltradas en ambos glúteos *(figura A),* cara dorsal de antebrazos y ombligo. Asimismo, mostraba placas eritematosas en ambos pliegues inguinales y línea interglútea, a modo de **psoriasis inversa** *(figura B).*
Aunque el PASI y BSA de nuestro paciente no reflejaban elevados índices, la **puntuación DLQI era de 12**, interfiriendo considerablemente con la calidad de vida.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Con esta premisa, dados los **antecedentes personales** de enfermedad inflamatoria intestinal y diabetes mellitus mal controlada, decidimos iniciar tratamiento con **tildrakizumab 100 mg**.

La **cómoda posología** de una inyección cada 12 semanas tras inducción en semanas 0 y 4, permitió una **gran adherencia del paciente al tratamiento.**

Las *figuras C y D* muestran la gran respuesta al tratamiento (resolución de placas glúteas e inguinales, dejando pigmentación postinflamatoria) en semana 16, esto es, tras la administración de tres dosis de tildrakizumab.

El paciente continúa asintomático en semana 24.





CONCLUSIÓN

- Tildrakizumab es un **anticuerpo monoclonal humanizado** que se une específicamente 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.
- Proporciona **eficacia y seguridad** a largo plazo con un **cómodo régimen de dosificación**: semanas 0 y 4, y posteriormente cada 12 semanas, esto es, cuatro inyecciones al año.
- Es conocida la asociación de las formas graves de psoriasis con **comorbilidades** (factores de riesgo cardiovascular, artritis psoriásica, síndrome metabólico o enfermedad inflamatoria intestinal); hecho que la convierte en una **enfermedad sistémica** con clínica de Predominio cutáneo. En este sentido, **tildrakizumab se ha posicionado como un tratamiento seguro en pacientes con enfermedades concomitantes.**

Bibliografía

1. Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk Factors for the Developme2nt of Psoriasis. Int J Mol Sci. 2019 Sep 5;20(18):4347. doi: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. 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. Epub 2018 Aug 7. PMID: 30081696.
4. 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. 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. Epub 2018 Jul 2. PMID: 30041866.

Tildrakizumab, una nueva oportunidad

Elia Boza Villar, Samuel Corral Pavanelo, Sara Merino Molina, Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

Paciente **varón** con **antecedentes** de **enfermedad inflamatoria intestinal** que presenta **psoriasis severa** con afectación troncular y de miembros inferiores no respondedor a tratamiento tópico ni sistémico con adalimumab. Acude por nuevo brote que es tratado con **tildrakizumab**, experimentando **buena tolerancia** y **resolución completa** de las lesiones.

ANAMNESIS

Varón de **26 años** con **antecedentes** de **enfermedad de Crohn** bien controlada con mesalazina que acude a la **Unidad de Psoriasis.**

El paciente, aficionado a jugar al fútbol con amigos los fines de semana, presenta diagnóstico de psoriasis desde los 20 años, **inicialmente bien controlada** con **tratamientos tópicos y adalimumab.**

Sin embargo, acude a revisión con **nuevo brote** de lesiones con **alto impacto en su calidad de vida** ya que "desde que comencé con el brote he tenido que verme obligado a dejar de hacer deporte y quedarme en casa". A la exploración se aprecian lesiones infiltradas en tronco y extremidades inferiores con PASI 30, BSA 35, PGA 5 *(Figuras 1, 2, 3, 4).*

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se aprecian **placas eritematodescamativas** con **abundante infiltración** en tronco y miembros inferiores **PASI 30, BSA 35, PGA 5** *(Figuras 1, 2, 3, 4).*

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Debido al gran impacto en la calidad de vida de nuestro paciente se decide **suspender adalimumab** por pérdida de eficacia y se **inicia tildrakizumab.**
Revisamos a nuestro paciente a los **6 meses** de nuevo en la Unidad; acude encontrándose **mejor anímicamente**, refiriendo haber podido **recuperar su rutina diaria** normal e indicando **no haber sufrido eventos adversos**, presentando actualmente **PASI 1, BSA 1, PGA 1** *(Figuras 5, 6, 7, 8).*

CONCLUSIONES

Dada la **mejoría clínica y anímica** conseguida en el paciente con **tildrakizumab,** recomendamos **continuar** con el **tratamiento cada 3 meses,** así como **continuar** con **seguimiento** en la Unidad para valorar evolución.

Bibliografía:
1. Daudén E, *et al.* Tildrakizumab mejora los síntomas de prurito, dolor, descamación y el sueño en pacientes españoles con psoriasis en placas de moderada a grave en condiciones similares a la práctica clínica. 8º Congreso de Psoriasis. Madrid 20-21 Enero 2023. P105.
2. Puig L, *et al.* Tildrakizumab mejora la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento en pacientes españoles con psoriasis en placas de moderada a grave en condiciones similares a la práctica clínica. 8º Congreso de Psoriasis. Madrid 20-21 Enero 2023 P106..



Figura 1 y 2. Placas eritematodescamativas con abundante infiltración en tronco



Figura 3 y 4. Placas eritematodescamativas con abundante infiltración en miembros inferiores.



Figura 5 y 6. Resolución de lesiones con ligera hipopigmentación residual.
.



Figura 7 y 8. Resolución de lesiones con ligera hipopigmentación residual.

Tildrakizumab en paciente con psoriasis en placas de moderada a grave y afectación palmoplantar

María Isabel Úbeda Clemente, Hospital Rafael Méndez de Lorca. Servicio de Dermatología

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una mujer de 53 años, 1.65 cm de altura y 60 kg, no fumadora y no consumidora habitual de bebidas alcohólicas con psoriasis en placas y palmoplantar con afectación ungueal grave y artropatía psoriásica.

CASO CLÍNICO

ANAMNESIS: Como antecedentes personales no presenta infecciones crónicas por virus hepatitis ni infección tuberculosa latente, ni tampoco patologías encuadrables dentro de un síndrome metabólico. Tampoco antecedentes de neoplasias. Como antecedente de interés presenta un trastorno ansioso-depresivo, agravado en los últimos meses por su patología psoriásica. En el año 2021 empeoramiento con gran afectación de su calidad de vida por intenso dolor con la deambulación y articular, iniciando tratamiento con metotrexato tras realización de estudio analítico y cribado de infecciones previo con parámetros dentro de la normalidad.

En mayo de 2022 se decide cambio a adalimumab por mal control de la enfermedad. A los 3 meses del inicio no había experimentado mejoría en las lesiones previas de psoriasis.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Presenta placas eritematosas hiperqueratósicas en región plantar (Imagen 1). En manos hiperqueratosis subungueal (Imagen 2) y placas eritematosas con hiperqueratosis y pústulas en palmas de manos (Imagen 3) con una valoración PASI 5.6, BSA 6%, DLQI 25 y NAPSI 40 (semana 0).



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3

DIAGNÓSTICO: Además acude de forma imprevista por aparición de un brote generalizado de lesiones ovaladas eritematosas y descamativas que se biopsian confirmando brote paradójico de psoriasis por anti-TNF.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: En esta situación se decide cambio de tratamiento a tildrakizumab. En el primer mes se observa resolución del cuadro de placas generalizado, persistiendo la afectación palmoplantar y ungueal, aunque con mejoría. Se decide mantener tratamiento y a la semana 28 la paciente experimenta una clara mejoría de las lesiones tanto en plantas (Imagen 4), palmas de manos (Imagen 5) como en uñas (Imagen 6), sin dolor y con una gran mejoría de su calidad de vida y de su cuadro ansioso- depresivo. Semana 28 PASI 3, BSA 2%, DLQI 5 y NAPSI 16.



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6

CONCLUSIONES

Se presenta el caso de una paciente con psoriasis en áreas difíciles de tratar, refractaria a tratamientos inmunosupresores clásicos y biológicos, incluso desarrollando una psoriasis paradójica por anti-TNF, con buena respuesta a tildrakizumab, biológico selectivo contra la subunidad p19 de la IL23, sin presentar efectos adversos.

BIBLIOGRAFÍA

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).

Psoriasis en ancianos: Un desafío más allá de la edad

Daniel Ramos Rodríguez, María Arteaga Henríquez, Vania Alexandra Lukoviek Araya, Marta García Bustinduy.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad sistémica con dos picos de edad de inicio. Aunque existe evidencia sobre la eficacia de sus tratamientos en edad pediátrica y adulta, en la mayoría de los ensayos clínicos se excluyen a las personas mayores de 65 años. En aproximadamente el 3% de los pacientes, la psoriasis puede iniciarse a partir de los 70 años y se estima que el 15% de los pacientes ancianos sufren psoriasis de moderada a grave refractarios a tratamientos tópicos, por lo que es importante conocer la eficacia y seguridad de las moléculas utilizadas en el tratamiento de la psoriasis en este rango especial de edad[1,2].

ANAMNESIS

Paciente varón de 73 años con antecedentes de psoriasis vulgar en grandes placas que previamente había realizado tratamiento con corticoides tópicos y fototerapia con falta de eficacia por lo que le recomendaron comenzar metotrexato oral. El paciente vivía sólo en un entorno rural y cumplía el tratamiento de forma errática por lo que se decidió suspender el metotrexato.
Se solicitan estudios analíticos y radiográficos previo a comienzo de tratamiento biológico. Los resultados mostraron un quantiferon indeterminado, por lo que se solicitó un Mantoux, que fue positivo. La radiografía de tórax evidenciaba un engrosamiento pleural y una fractura costal antigua.
Se remitió a consultas de Neumología para descartar una tuberculosis (TBC) latente y se solicitó a Farmacia el uso de tildrakizumab como tratamiento seguro en pacientes ancianos y pacientes con antecedentes de TBC[3].

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Clínicamente se observaban grandes placas eritematosas infiltradas con descamación discreta en región lumbar y miembros inferiores, asociada a descamación en cuero cabelludo y placas rosadas- descamativas en región pectoral e interescapular.

Diagnósticos:
- Psoriasis en placas de moderada a grave y además afectación del cuero cabelludo y sebopsoriasis en tronco
- **TBC latente**
- Fractura costal previa

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió comenzar tratamiento con **tildrakizumab 200 mg** según ficha técnica con la salvedad que las inyecciones se realizarían en la consulta médica para garantizar el cumplimento del tratamiento (paciente anciano, entorno rural, sin familia).

Tras sólo 4 semanas de tratamiento y 2 dosis de tildrakizumab, las lesiones habían mejorado en infiltración y descamación, y aunque no habían desaparecido el paciente refería un disminución considerable del prurito y una mejoría de su calidad de vida: -“Ya puedo ir a la finca sin preocuparme el picor”.

En la semana 13, el PASI era de 0, en el que sólo observábamos eritema residual (Fig.2), las lesiones de sebopsoriasis del escote también habían desaparecido, así como la descamación del cuero cabelludo. El EVA de prurito era de 0, y el paciente francamente feliz nos agradecía su mejoría: -“Es la primera vez en años que vivir tranquilo”.



Figura 1. Placas eritematosas infiltradas que tienden a coalescer (previo tratamiento con tildrakizumab)



Figura 2. Eritema residual a la semana +13 de tratamiento.

CONCLUSIONES

Tildrakizumab, es un tratamiento eficaz, seguro y rápido incluso en pacientes de edad avanzada. No debemos retrasar la indicación de tratamiento biológico por la edad o las comorbilidades de los pacientes, tenemos a día de hoy las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

Bibliografía:

1. Bakirtzi K, Sotiriou E, Papadimitriou I, Sideris N, Vakirlis E, Lallas A, Vrani F, Ioannides D. Elderly patients with psoriasis: long-term efficacy and safety of modern treatments. J Dermatolog Treat. 2022 May;33(3):1339-1342. doi: 10.1080/09546634.2020.1809623. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32783678..
2. Megna M, Potestio L, Fabbrocini G, Camela E. Treating psoriasis in the elderly: biologics and small molecules. Expert Opin Biol Ther. 2022 Dec;22(12):1503-1520. doi: 10.1080/14712598.2022.2089020. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35695241.
3. Blauvelt A, Chiricozzi A, Ehst BD, Lebwohl MG. Safety of IL-23 p19 Inhibitors for the Treatment of Patients With Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: A Narrative Review. Adv Ther. 2023 Aug;40(8):3410-3433. doi: 10.1007/s12325-023-02568-0. Epub 2023 Jun18. PMID: 37330926; PMCID: PMC10329957.

Reescribiendo el guion en una psoriasis difícil de tratar: éxito terapéutico con tildrakizumab

Joseph Griffiths Acha[1], **Marta Menéndez Sánchez**[1], **Giulia Dradi**[1], **Diego de la Vega Ruiz**[1], **Jose Luis López Estebaranz**[1]
Hospital Universitario Fundación Alcorcón[1]

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. La interleuquina-23 (IL-23) juega un papel crucial en su patogénesis, lo que ha llevado al desarrollo de terapias dirigidas como tildrakizumab, un anticuerpo monoclonal que se une de forma específica a la subunidad p19 de la IL-23 inhibiendo la interacción con su receptor. Este caso describe la eficacia y seguridad de tildrakizumab en una mujer con psoriasis moderada a grave, resaltando la importancia de esta opción terapéutica.

ANAMNESIS

Mujer de 65 años con una historia de más de 15 años de psoriasis en placas moderada a grave, refractaria a múltiples líneas terapéuticas. La paciente también tiene antecedentes de fibromialgia y gastritis, con un historial familiar positivo para psoriasis.
La paciente ha recibido tratamientos tópicos y sistémicos clásicos (acitretino y metotrexato), alcanzando únicamente control parcial con pérdida de eficacia durante el seguimiento. En distintas ocasiones recibió fototerapia (PUVA y UVB-Be) sin gran mejoría. También recibió tratamiento biológico con efalizumab, etanercept y, finalmente, adalimumab, solo alcanzando PASI75 con eventual fallo secundario.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Antes del inicio del tratamiento con tildrakizumab, la paciente exhibía pápulas y placas eritematodescamativas generalizadas, cubriendo un 10% de la superficie corporal (BSA), con un PASI de 11.1 y un PGA de 3, indicativo de psoriasis moderada a severa.
El diagnóstico se estableció clínicamente, destacando la naturaleza refractaria de su psoriasis.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se optó por iniciar tratamiento con tildrakizumab, administrando una dosis de 100 mg por vía subcutánea en la semana 0 y la semana 4, seguido de dosis de mantenimiento cada 12 semanas. La paciente experimentó una notable y rápida mejora, evidenciada por una disminución completa de los signos y síntomas de la psoriasis, alcanzando un PASI absoluto de 0 al mes de haber iniciado el tratamiento, sin observarse lesiones activas ni efectos adversos en las sucesivas evaluaciones.
Este excepcional resultado demuestra la eficacia y seguridad de tildrakizumab en alcanzar y mantener controlada la psoriasis con un régimen de dosificación regular.

CONCLUSIONES

Este caso clínico resalta la notable eficacia de tildrakizumab para tratar la psoriasis moderada a grave refractaria, demostrando una remisión completa y rápida en una paciente que había sido resistente a múltiples tratamientos previos. La rapidez con la que se alcanzó un PASI absoluto de 0 enfatiza la relevancia de tildrakizumab en el cambio de paradigma terapéutico de la psoriasis, destacando su potencial para ofrecer resultados significativos donde otras terapias han fallado.



Figura 1. Presencia de placas y pápulas eritematodescamativas de bordes netos moderadamente infiltradas, psoriasiformes, distribuidas en miembros inferiores, previo al inicio de tildrakizumab. Corresponde a un PASI 11.1 y BSA 10%.



Figura 2. Blanqueamiento completo de las lesiones en la primera revisión tras iniciar tildrakizumab. Corresponde a un PASI 0 y BSA 0%.

Bibliografía:
1. Papp K, Thaçi D, Reich K, Riedl E, Langley RG, Krueger JG, Gottlieb AB, Nakagawa H, Bowman EP, Mehta A, Li Q, Zhou Y, Shames R. Tildrakizumab (MK-3222), an anti-interleukin-23p19 monoclonal antibody, improves psoriasis in a phase IIb randomized placebo-controlled trial. Br J Dermatol. 2015 Oct;173(4):930-9. doi: 10.1111/bjd.13932. Epub 2015 Oct 15. Erratum in: Br J Dermatol. 2016 Jun;174(6):1426. PMID: 26042589.
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. Epub 2021 May 4. PMID: 33544883.
3. Torres T. Inhibidores selectivos de la IL-23: los recién llegados al tratamiento de la psoriasis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2018;109(8):674–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.016

¡Vaya lavado de manos!

Martínez Alcalde, Laura; Polo Rodríguez, Isabel; Medina Montalvo, María Susana
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN

La psoriasis del dorso de las manos es una variante clínica poco frecuente de psoriasis, con difícil manejo terapéutico. Pese a que afecta un área reducida de la superficie corporal, la presencia de eritema, hiperqueratosis y fisuras en dichas localizaciones supone un impacto importante en la calidad de vida y en la capacidad funcional de los pacientes[1]. A continuación, se presenta un caso de psoriasis en placas con afectación del dorso de las manos sin respuesta a terapias convencionales previas, con excelente respuesta a tildrakizumab.

ANAMNESIS

Varón de 61 años, pescadero de profesión, con psoriasis en placas de 10 años de evolución, que afectaban principalmente al dorso de ambas manos y codos. El paciente había realizado diversos tratamientos: corticoides de alta potencia y calcipotriol tópicos (con limitación para su aplicación debido a su profesión); fototerapia con radiación ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE) durante 3 meses, 3 veces por semana, sin mejoría; y apremilast 30 mg cada 12 horas con discreta mejoría que se suspendió por intolerancia gastrointestinal y cefalea.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Pese a los tratamientos descritos previamente, el paciente continuaba presentando placas eritemato-descamativas, rupiáceas, infiltradas y con fisuración, con afectación predominante de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas en el dorso de ambas manos (Fig. 1); constituyendo así una psoriasis de difícil manejo terapéutico con pobre respuesta a tratamientos convencionales. No presentaba lesiones a otro nivel ni artropatía.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se instauró tratamiento con un fármaco biológico, tildrakizumab, a dosis de 100 mg según la pauta convencional (0, 4 y cada 12 semanas). A las 16 semanas de tratamiento, tras 2 dosis de tildrakizumab 100 mg, el paciente presentaba resolución completa de su patología (Fig. 2); con buena tolerancia al tratamiento, sin efectos adversos clínicos ni analíticos.



Figura 1. Placas eritemato-descamativas rupiáceas sobre articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas a pesar de terapias convencionales.



Figura 2. Resolución de las lesiones tras 16 semanas de inicio de tildrakizumab.

CONCLUSIONES

La psoriasis con afectación de manos constituye una variante clínica de difícil manejo, con importante afectación de la calidad de vida. Hoy en día, gracias a las terapias biológicas, y en concreto a tildrakizumab, podemos lograr la resolución de las lesiones y la recuperación de la capacidad funcional/laboral de los pacientes[2].

Bibliografía:

1. Nuño-González, A., Gómez de la Fuente, E., Vicente-Martín, F. J., & López-Estebaranz, J. L. (2012). Psoriasis hiperqueratósica palmoplantar con excelente respuesta a ustekinumab. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *103*(2), 169–170. https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.03.029
2. Carrascosa, J. M., Puig, L., Belinchón Romero, I., Salgado-Boquete, L., del Alcázar, E., Andrés Lencina, J. J., Moreno, D., & de la Cueva, P. (2022). 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 1. «Conceptos y manejo general de la psoriasis con terapia biológica». *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *113*(3), 261–277. https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.10.003

Desafiando la psoriasis: el viaje de una paciente mayor hacia la remisión con tildrakizumab

Verónica Fernández Tapia, Elisabet Parera Amer, María Cruz Álvarez-Buylla, Bernat Mas Matas, Margalida Perelló Roig, Rosa Taberner Ferrer, Cristina Nadal Lladó
Servicio de Dermatología del Hospital Universitari Son Llàtzer

INTRODUCCIÓN

La psoriasis, una enfermedad inflamatoria crónica con un impacto físico y social significativo, presenta desafíos particulares en adultos mayores, cuya prevalencia aumenta con el envejecimiento demográfico. En este contexto, es crucial abordar cómo manejar eficazmente la psoriasis en este grupo demográfico. Aunque los objetivos del tratamiento son similares en todas las edades, los pacientes mayores enfrentan consideraciones especiales debido a comorbilidades y susceptibilidad a efectos adversos. La terapia con fármacos biológicos ha emergido como una opción prometedora para la psoriasis moderada a grave, sin embargo, la exclusión frecuente de adultos mayores en ensayos clínicos limita la evidencia sobre su seguridad y eficacia en este grupo. Por ello, se presenta un caso clínico de una paciente mayor con psoriasis grave tratada con tildrakizumab, destacando las consideraciones clave en el manejo de esta afección en adultos mayores y la importancia de una atención personalizada y segura.

ANAMNESIS

Se presenta el caso de una mujer de 74 años con antecedente de psoriasis en placas extensa, afectación del cuero cabelludo y ungueal desde los 20 años. No se evidenció artritis psoriásica en la paciente. Se realizaron varios tratamientos previos sin éxito, incluyendo corticoides tópicos, ácido salicílico, fototerapia y metotrexato. Además, se suspendió el tratamiento con acitretina debido a un aumento de transaminasas y se registró un episodio de necrosis tubulointersticial aguda secundaria al uso de vildagliptina, lo que implicó un deterioro de la función renal. Finalmente, se inició tratamiento con adalimumab el cual se suspendió por ineficacia.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la exploración física, se observaron placas de pequeño tamaño eritematodescamativas en el tronco y extremidades superiores e inferiores, así como grandes áreas eritematosas anulares en los pliegues mamarios. Además, se detectaron grandes placas eritematosas e intensamente descamativas en el cuero cabelludo y pitting en varias uñas de los dedos de las manos. La paciente presentó una superficie corporal afectada (BSA) del 15,6% y un Índice de la Severidad del área de Psoriasis (PASI) de 18,30, clasificando su psoriasis como grave.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento con tildrakizumab en julio de 2023, lo que resultó en una mejoría significativa de la clínica. A la semana 15 de tratamiento, la paciente solo presentaba pitting en varias uñas de las manos, mientras que el resto de las lesiones cutáneas habían desaparecido. La psoriasis se mantuvo bajo control con tildrakizumab, y a la semana 40, la paciente continuaba sin presentar lesiones cutáneas y sin efectos adversos significativos asociados al tratamiento.

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado destaca los desafíos en el manejo de la psoriasis en personas mayores. La paciente mostraba psoriasis grave con un historial extenso de tratamientos previos sin mejoría significativa. Además, experimentó un episodio de deterioro renal secundario al uso de vildagliptina, lo que subraya la importancia de considerar las comorbilidades y la historia farmacológica al seleccionar terapias para la psoriasis en pacientes ancianos. El tratamiento con tildrakizumab demostró ser eficaz y bien tolerado, con una mejoría notable en las lesiones cutáneas y una remisión mantenida sin efectos adversos significativos durante el seguimiento. Esto resalta el valor de los agentes biológicos más recientes en el manejo de la psoriasis grave en adultos mayores, ofreciendo opciones terapéuticas seguras y efectivas que pueden superar las limitaciones de los tratamientos convencionales. En conjunto, estos hallazgos subrayan la necesidad de una atención personalizada en la psoriasis geriátrica, que tenga en cuenta tanto la enfermedad cutánea como las comorbilidades y los posibles riesgos asociados con los tratamientos sistémicos. Además, enfatizan la importancia de continuar investigando y evaluando nuevas terapias en esta población para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores con psoriasis.

Bibliografía:
1. Phan C, Sigal ML, Estève E, et al. Psoriasis in the elderly: epidemiological and clinical aspects, and evaluation of patients with very late onset psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016;30(1):78-82. doi:10.1111/jdv.12850v
2. Shary N, Kalb RE. Optimizing the Treatment of Moderate-to-Severe Psoriasis in Older Adults. Drugs Aging. 2020;37(10):715-723. doi:10.1007/s40266-020-00790-x
3. Van Winden MEC, van der Schoot LS, van de L'Isle Arias M, et al. Effectiveness and Safety of Systemic Therapy for Psoriasis in Older Adults: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 2020;156(11):1229-1239. doi:10.1001/jamadermatol.2020.2311



Figura 1. Múltiples placas eritematodescamativas en extremidades inferiores



Figura 2. Placa eritematodescamativa occipital y retroauricular

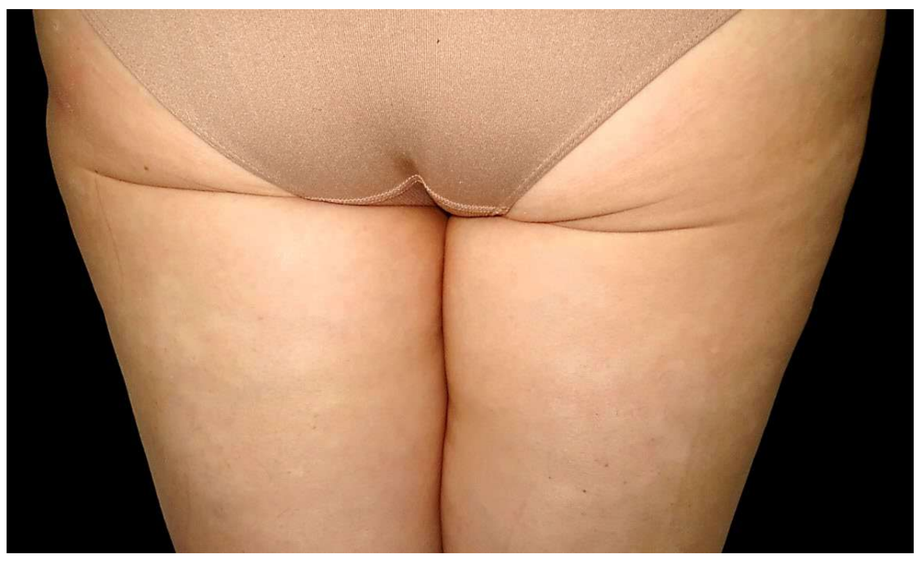


Figura 3. Resolución de las lesiones cutáneas en extremidades inferiores



Figura 4. Resolución placa eritematodescamativa en región occipital y retroauricular

Empoderando a los pacientes **ensupiel**

Samuel Corral Pavanelo, Elia Boza Villar, Sara Merino Molina, Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

INTRODUCCIÓN

Dentro del arsenal terapéutico disponible para los pacientes con psoriasis que han fracasado a tratamiento sistémico convencional, contamos una variedad de fármacos biológicos que juegan con diferentes vías del sistema inmune involucradas en la patogénesis de la psoriasis, una de las enfermedades inflamatorias de la piel más prevalentes actualmente. No obstante, estos fármacos no están exentos de contraindicaciones y es labor de los dermatólogos encontrar el perfil adecuado para cada paciente y llegar a un correcto manejo de cada caso.

ANAMNESIS

Varón de 45 años

Refiere lesiones en extremidades y tronco desde adolescente que siempre ha tratado con tópicos. Tras acudir a su dermatólogo de referencia, inició tratamiento con metotrexato, un fármaco anti-TNF y posteriormente un fármaco biológico modulador de la vía de la IL-17 con buen control. Acude nuevamente a la consulta por empeoramiento de la clínica cutánea desde hace un mes. El paciente muestra interés por conocer más sobre su enfermedad, los diferentes factores que pueden influenciarla y los tratamientos disponibles.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas eritematodescamativas distribuidas especialmente en tronco y raíz de extremidades, compatibles con **psoriasis** en placas.

PASI 18, BSA 15, PGA 5, DLQI 13



Figura 1. Psoriasis en tronco previo inicio de tildrakizumab

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El paciente durante la consulta expresó su deseo de poder disminuir, dentro de las posibilidades el número de inyecciones, dado que no se manejaba bien con los tratamientos inyectables. Por todo ello y tras fallo a terapia sistémica clásica, un fármaco biológico anti-TNF y otro inhibidor de la vía IL-17, se decidió realizar cambio de diana terapéutica a un inhibidor de la vía IL-23.

Tras seis meses de tratamiento con **tildrakizumab**, el paciente se encuentra sin lesiones, con buena tolerancia al tratamiento y sin efectos adversos.

CONCLUSIONES

La psoriasis es una enfermedad compleja con múltiples vías del sistema inmune involucradas en su patogénesis. Jugar con las teclas de la inmunidad de cada paciente, así como sus preferencias personales, hasta alcanzar un buen control de la enfermedad y devolverle una buena calidad de vida, puede llegar a ser un verdadero reto en la consulta y sin duda alguna, para cada uno de los pacientes. No obstante, contamos con tratamientos con una posología cómoda, con tan solo una administración cada tres meses, como tildrakizumab, sin ello significar una pérdida de eficacia o seguridad, así como recursos que permiten a los pacientes entender mejor su enfermedad y **empoderarse**, para alcanzar un mejor control de la misma. Entre ellos, recomendamos al paciente utilizar la web **ensupiel.es** donde pudo encontrar información verídica y recursos útiles que aplicar en su día a día.



Figura 2. Resultado tras seis meses de tratamiento con tildrakizumab

Bibliografía:

1. Reich K, Warren RB, Iversen L, Puig L, Pau-Charles I, Igarashi A, Ohtsuki M, Falqués M, Harmut M, Rozzo S, Lebwohl MG, Cantrell W, Blauvelt A, Thaçi D. 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 Mar;182(3):605-617. doi: 10.1111/bjd.18232. Epub 2019 Jul 18. Erratum in: Br J Dermatol. 2022 Jul;187(1):131-132. PMID: 31218661; PMCID: PMC7064936.

Piel nueva, hígado nuevo

Rosa Taberner Ferrer
Dermatología. Hospital Universitari Son Llàtzer (Palma, Islas Baleares).

INTRODUCCIÓN

En general, los fármacos biológicos para la psoriasis son bien tolerados y no suelen tener efectos adversos órgano-tóxicos. Sin embargo, algunos anti-TNF-alta, como infliximab y adalimumab pueden producir alteración de las pruebas hepáticas en estos pacientes, por lo que se recomienda su monitorización.

ANAMNESIS

Paciente varón de 39 años de edad, sin alergias medicamentosas ni otras comorbilidades, afecto de psoriasis en placas desde los 18 años, controlado en nuestro servicio desde hace más de 10 años, habiendo recibido tratamiento con ciclosporina A, metotrexato y fototerapia con mal control de sus lesiones (PASI 15), por lo que se inició tratamiento con adalimumab biosimilar 5 años antes, con aumento progresivo de las transaminasas. Las cifras de lípidos fueron normales en todo momento y el paciente no consumía alcohol. Tras ser valorado en consulta de digestivo y realizarse exploraciones complementarias (analítica, serologías y ecografía abdominal) se atribuyó al adalimumab, recomendándose su retirada.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente mantenía un buen control de las lesiones, con un PASI absoluto < 2 con el tratamiento con adalimumab y sin clínica articular ni digestiva. El diagnóstico fue de transaminitis secundaria al tratamiento con adalimumab.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió retirar el adalimumab y realizar switching a tildrakizumab, pautándose la dosis de 100 mg, con mejoría significativa de las transaminasas y manteniendo un buen control de las lesiones de psoriasis a los 18 meses de tratamiento.



Figura 1. Cara anterior del tronco, antes de inicio de adalimumab



Figura 2. Cara posterior del tronco, antes de inicio de adalimumab



Figura 3. Cara posterior del tronco, 12 meses después de inicio de tildrakizumab

CONCLUSIONES

La elevación de las transaminasas es un efecto adverso poco frecuente de los fármacos anti-TNF-alfa. En estos casos, la utilización de otras dianas terapéuticas puede ser una alternativa para estos pacientes.

Bibliografía:

1. Massarotti M, Marasini B. Successful treatment with etanercept of a patient with psoriatic arthritis after adalimumab-related hepatotoxicity. Int J Immunopathol Pharmacol. 2009 Apr-Jun;22(2):547-9. doi: 10.1177/039463200902200234. PMID: 19505409.
2. Scheinfeld N. Adalimumab: a review of side effects. Expert Opin Drug Saf. 2005 Jul;4(4):637-41. doi: 10.1517/14740338.4.4.637. PMID: 16011443.

Wynzora®

1 Excelente control de brote de psoriasis en paciente naïve tratada exclusivamente con Wynzora 91

2 Psoriasis en placas sin mejoría con abrocitinib en paciente con solapamiento de dermatitis atópica y psoriasis: el papel del tratamiento tópico 92

3 Remodelando la autoestima: estrategias clínicas efectivas para combatir la psoriasis en el cuero cabelludo 93

4 No lleva tinta roja, doctora 94

5 Alopecia similar a foliculitis decalvante inducida por un inhibidor del factor de necrosis tumoral alpha 95

6 Ser todo oídos con la psoriasis 96

7 De cabeza con la psoriasis 97

8 Cuando la galénica consigue el éxito terapéutico. 98

9 Como la noche al día: psoriasis palmoplantar tras tratamiento con Wynzora® 99

10 Doctora, ¿alguna solución para esta “dermatitis” de la cabeza? 100

11 Wynzora, una alternativa al sistémico en psoriasis palmar 101

12 Psoriasis inducida por tratamiento anti-TNF de hidradenitis supurativa con excelente respuesta a combinación de calcipotriol/betametasona crema (Wynzora®). 102

13 Tratamiento tópico en psoriasis extensa: a veces la primera línea es la solución. . . 103

14 Una pequeña ayuda nunca viene mal. 104

15 Wynzora al rescate: superando la psoriasis en tiempos de estrés 105

16 Crema de calcipotriol/betametasona en psoriasis vulgar: un aliado indispensable 106

Wynzora®

17 Psoriasis en placas en fototipo oscuro 107

18 Cuando la psoriasis no te deja hacer deporte 108

19 El tratamiento tópico como herramienta para evitar el inicio de medicación sistémica. 109

20 La unión hace la fuerza 110

21 Wynzora®, a “wyn to wyn”.. . . . 111

22 Tatuajes y psoriasis. Una mala combinación. 112

23 Cuero cabelludo: la importancia del excipiente 113

24 Una correcta adherencia al tratamiento tópico puede ahorrar un tratamiento sistémico . . 114

Excelente control de brote de psoriasis en paciente naïve tratada exclusivamente con Wynzora®

Cristina Albanell Fernández[1], David Muñoz Castro[1], Lucía Martínez Casimiro[1], Ángeles Revert Fernández[1]

1. Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso clínico de una paciente con un primer brote de psoriasis en placas, valorada en urgencias de nuestro centro hospitalario, tratada satisfactoriamente con la crema de calcipotriol/ betametasona (Wynzora®), logrando una excelente respuesta y sin rebrote de su psoriasis durante el seguimiento.

ANAMNESIS

Una paciente mujer de 20 años acudió a urgencias de nuestro centro hospitalario por aparición progresiva de lesiones eritematodescamativas que se iniciaron en miembros inferiores y en cuestión de pocos días se generalizaron por tronco y miembros superiores. En la anamnesis inicial no refería episodios previos similares. Tampoco infección amigdalar ni otro tipo infección en semanas previas. No refería periodos de mayor estrés previo a la aparición de las lesiones. Tiene una tía materna con psoriasis.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se observaban placas eritematodescamativas, psoriasiformes, generalizadas, algunas de ellas de gran tamaño, afectando miembros inferiores, espalda, abdomen, tórax y miembros superiores. En cuero cabelludo presentaba también placas psoriasiformes en la región occipital. No afectación palmoplantar, ungueal ni facial. En las regiones fotoexpuestas se observaban algunas lesiones algo más hipopigmentadas.
Presentaba un **Psoriasis Area Severity Index (PASI) de 5.7, un Body Surface Area (BSA) de 7,70% y un Dermatology Life Quality Index (DLQI) de 8.**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

En ese momento se decide iniciar tratamiento con la crema de calcipotriol/betametasona (Wynzora®) 1 vez al día durante 30 días y se cita de nuevo para revisión en 1 mes.
En la visita de control 1 mes después de iniciar el tratamiento, las lesiones se habían blanqueado casi por completo, únicamente persistía una placa en la cara posterior de pierna
izquierda. **El PASI era 0.2, BSA 0.5% y DLQI 0**. La paciente refería una alta satisfacción con el tratamiento pautado con gran mejoría en su calidad de vida. No se han reportado efectos adversos relacionados con la aplicación de la crema de calcipotriol/betametasona.

CONCLUSIONES

1. En este caso el tratamiento con Wynzora® se ha mostrado altamente eficaz, disminuyendo la severidad de la psoriasis, reduciendo las escalas PASI, DLQI y BSA
2. Wynzora® se muestra como un tratamiento con buena tolerancia, muy baja incidencia de efectos adversos y con una alta satisfacción referida por parte de los pacientes



Figura 1. A) Visita inicial. Paciente con placas eritematodescamativas en tórax y abdomen. **B)** Visita a las 4 semanas, tras tratamiento diario con Wynzora®. Resolución de las placas en tórax y abdomen.



Figura 2. A) Visita inicial. Paciente con placas eritematodescamativas en espalda. **B)** Visita a las 4 semanas, tras tratamiento diario con Wynzora®. Resolución de las placas en espalda.



Figura 3. A) Visita inicial. Paciente con placas eritematodescamativas en miembros inferiores. **B)** Visita a las 4 semanas, tras tratamiento diario con Wynzora.® Resolución de las placas en miembros inferiores.

Bibliografía:

1. Kin KC, Hill D, Feldman SR. Calcipotriene and betamethasone dipropionate for the topical treatment of plaque psoriasis. Expert Rev Clin Pharmacol . 2016;9(6):789–97. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/17512433.2016.1179574
2. Taylor A, Singh R, Feldman SR. Review of calcipotriene and betamethasone dipropionate cream in the treatment of psoriasis. Ann Pharmacother. 2023;57(3):341–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/10600280221105508
3. Topical therapies for psoriasis: Improving management strategies and patient adherence. Semin Cutan Med Surg [Internet]. 2016;35(2S):S36–44. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12788/j.sder.2016.006

Psoriasis en placas sin mejoría con Abrocitinib en paciente con solapamiento de dermatitis atópica y psoriasis: el papel del tratamiento tópico

Francisco José Navarro Triviño
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica y la psoriasis con enfermedades crónicas inflamatorias de la piel cuyas características clínicas e histológicas en ocasiones pueden superponerse. Este espectro inmunopatológico subyacente puede dificultar un diagnóstico adecuado, y por ende, la prescripción de un tratamiento parcialmente correcto. La concurrencia o solapamiento de la dermatitis atópica y la psoriasis está presente en más del 10% de los pacientes pediátricos, de hecho, conforme avanza el tiempo las lesiones suelen definirse más hacia la atopia o la psoriasis. Sin embargo, en el adulto se desconoce realmente la prevalencia de esta situación de solapamiento, lo cual dificulta el éxito terapéutico. Los casos publicados en la literatura confirman la necesidad de combinar tratamiento para cada una de las entidades, en ocasiones, con terapia biológica avanzada de forma simultánea para dermatitis atópica y psoriasis, aumentando el costo del tratamiento de forma relevante.

ANAMNESIS

Varón de 59 años diagnosticado de dermatitis atópica desde los 21 años de edad, pero sin seguimiento en la consulta de dermatología. En noviembre de 2023 el paciente fue derivado para nueva valoración de lesiones cutánea que asociaban un prurito intenso. Entre los antecedentes familiares destacó la psoriasis materna y comorbilidades de tipo 2 (asma, rinitis alérgica) en hermanos y padre. El paciente aplicaba ocasionalmente corticoide tópico de alta potencia (mometasona furoato 0,1% crema) sobre las lesiones cutáneas, sin mejoría. Se decidió realizar pruebas epicutáneas con la serie estándar española, que fue negativa a las 96 horas. Se decidió iniciar tratamiento con ciclosporina (100 mg cada 12 horas) que fue interrumpida por efectos adversos (náuseas, dolor abdominal). Tras completar la vacunación del virus herpes zoster se inició tratamiento con abrocitinib 200 mg/día. Se programó la revisión a las 12 semanas de iniciar el tratamiento.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La valoración de la dermatitis atópica mostró una buena respuesta (EASI basal: 21; EASI 12 semanas: 0) así como una reducción significativa del prurito (NRS basal: 8; NRS 12 semanas: 2). La valoración de la psoriasis no mostró respuesta al tratamiento con abrocitinib, observándose una placa de psoriasis en región lumbosacra (Figura 1) que asoció en la escala de prurito NRS de 6. La psoriasis también estaba presente y persistente en codos y rodillas. El PASI inicial fue de 6. Dada la situación clínica se decidió combinar el tratamiento actual abrocitinib con calcipotriol/dipropionato de betametasona crema (Wynzora®) según ficha técnica.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras 4 semanas de tratamiento con Wynzora® crema una vez al día la mejoría de la placa de psoriasis alcanzó un aclaramiento superior al 80%, además de una reducción significativa del prurito (NRS actual de 1).
Uno de los aspectos positivos valorados por el paciente fue la cosmeticidad del producto y la ausencia de residuo tras su aplicación. La adherencia al tratamiento fue completa durante todo el periodo de tratamiento. Actualmente el paciente está tratado con abrocitinib 200 mg/día.
Aunque los inhibidores JAK (iJAKs) orales puedan plantearse como primera línea en pacientes con dermatitis atópica solapada con psoriasis, la realidad es que algunos pacientes no muestran mejoría tras 12 semanas de tratamiento.



Figura 1. Persistencia de la placa de psoriasis localizada en región lumbar tras 3 meses de tratamiento con abrocitinib 200 mg/día (prescrito por dermatitis atópica)



Figura 2. Respuesta casi completa tras 4 semanas de tratamiento con Wynzora® crema (1 aplicación/día)

CONCLUSIONES

El solapamiento de dermatitis atópica y psoriasis es más frecuente de lo que parece. En estas situaciones se supone que los inhibidores de JAK (iJAKs) orales pueden ser la primera línea de tratamiento, principalmente porque las terapias biológicas dirigidas frente al IL4R o la IL13 se han vinculado con erupciones psoriasiformes en pacientes con dermatitis atópica. La complejidad inmunológica de estos pacientes justifica el reto diagnóstico y terapéutico que estos suponen. Aunque los iJAKs puedan posicionarse inicialmente en estos casos, algunos pacientes no mostrarán cambios clínicos en las lesiones de psoriasis. En estos casos, la aplicación tópica de Wynzora® crema puede ser una opción terapéutica eficiente, segura y rápida en combinación con el tratamiento prescrito para la dermatitis atópica.

Bibliografía:

1. Kaszycki MA, Pixley JN, Feldman SR. Concurrent Atopic Dermatitis and Psoriasis Successfully Treated With Dual Biologic Therapy. Cutis. 2023 Sep;112(3):E13-E16.
2. Kim JE, Lee J, Huh YJ, Kim K, Chaparala V, Krueger JG, Kim J. Genomic Profiling of the Overlap Phenotype between Psoriasis and Atopic Dermatitis. J Invest Dermatol. 2024 Jan;144(1):43-52.e6
3. Gargiulo L, Ibba L, Pavia G, Avagliano J, Cortese A, Costanzo A, Narcisi A. Upadacitinib for the treatment of concomitant psoriasis and atopic dermatitis: a case series. J Dermatolog Treat. 2023;34(1):2183729.

Remodelando la autoestima: estrategias clínicas efectivas para combatir la psoriasis en el cuero cabelludo

Juan Manuel Morón Ocaña[1], Julia Clavijo Herrero[1], Pedro Martínez Arredondo[1], Amalia Pérez Gil[1]
[1]Hospital Universitario Ntra. Señora de Valme

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad multisistémica crónica e inmunomediada, que afecta principalmente a la piel, uñas, cuero cabelludo y articulaciones. Los tratamientos pretenden eliminar los sitios activos de la enfermedad y prolongar los períodos sin síntomas. El cuero cabelludo, es una de las regiones más comúnmente afectadas, llegando a estar presente hasta en el 80% de los casos[1], y su manejo exitoso incluye terapias tópicas que sean efectivas y tolerables cosméticamente para el paciente.

ANAMNESIS

Mujer de 54 años, con DM2, hipertensión arterial, obesidad grado III y artritis psoriásica poliarticular en tratamiento con metotrexato 15 mg/semana con buen control cutáneo y articular desde hacía dos años, consultó por la aparición de lesiones muy pruriginosas en el cuero cabelludo a raíz de estrés laboral. En estos momentos, había sido ascendida adquiriendo mayores responsabilidades frente al púbico y la persistencia de las lesiones estaban impactando significativamente en su calidad de vida y de sueño, llegando al punto de evitar ir al trabajo.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas eritematosas con escama nacarada gruesa en zona retroauricular bilateral y en ambas líneas de implantación del cuero cabelludo a nivel temporal, como pueden observarse en la figura 1.

No se observaron lesiones en otras localizaciones corporales y no existía evidencia ninguna de actividad articular en estos momentos, presentando un DAPSA <1.

Se realizó el diagnóstico de placas de psoriasis en cuero cabelludo, presentando la paciente en estos momentos un BSA 2%, PASI 1, PGA 3, escala DLQI 20, EVA prurito 8 y escala calidad del sueño de Pittsburg (PSQI) 6.



Figura 1. Semana 0. Placas eritematodescamativas con escama nacarada en zona retroauricular y línea de implantación temporal del cuero cabelludo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se indicó un comprimido de hidroxizina 25 mg antes de dormir para el control del prurito y el uso de calcipotriol/betametasona (50 µg/g)/(0.5 mg/g) en crema una vez al día tras la ducha durante 8 semanas consecutivas. La paciente fue revisada al mes presentando una mejoría rápida y completa, pasando a presentar un BSA 0%, PASI 0, PGA 0, DLQI 0, EVA prurito 0 y PSQI 0, como puede observarse en la figura 2, en tan solo 2 semanas tras el inicio del tratamiento.

Debido al espectacular aclaramiento de las placas, y el buen control articular, se decidió mantener las dosis de 15 mg/semana de metotrexato junto con la aplicación de calcipotriol/betametasona (50 µg/g)/(0.5 mg/g) en crema 2 veces en semana para evitar la recidiva.

La paciente volvió a acudir muy contenta y de forma regular a su trabajo presentando una tolerancia excelente al producto en crema.



Figura 1. Semana 4. Resolución completa de las placas de psoriasis del cuero cabelludo.

CONCLUSIONES

Las guías de práctica clínica recomiendan el tratamiento con corticosteroides tópicos y análogos de vitamina D como primera línea para la terapia inicial y a largo plazo en la psoriasis[2]. Esta combinación es más eficaz que el uso en monoterapia de estos fármacos, tanto por su efecto sinérgico, alcanzando gran efectividad, como por la reducción en los efectos adversos. Sin embargo, para su estabilidad farmacológica clásicamente se ha formulado en un vehículo graso[2]. La psoriasis del cuero cabelludo requiere una consideración especial debido a la naturaleza difícil de tratar y al impacto en la calidad de vida, donde la formulación grasa y la dificultad de aclarado pueden dificultar su adherencia, así como provocar disconformidad en el paciente. La novedad que aporta la formulación en base crema, gracias a la tecnología PAD (poly-aphron dispersión), es que permite la combinación de calcipotriol y betametasona en un vehículo acuoso, provocando una alta penetración en la piel con una rápida y completa absorción sin sensación pegajosa, reduciendo la sensación grasa sin disminuir su eficacia y permitiendo asegurar la adherencia del paciente al tratamiento[3].

Por tanto, como confirman diversos estudios[4] y nuestro caso clínico, la combinación de calcipotriol/betametasona en crema, demuestra un inicio rápido de acción y un buen perfil de seguridad en pacientes con psoriasis del cuero cabelludo, así como una alta tasa de éxito y un alto grado de satisfacción tras su aplicación.

Bibliografía:

1. World Health Organization. Global report on psoriasis [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 23 de abril de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417
2. Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN, Kivelevitch D, et al. Joint AAD–NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. J Am Acad Dermatol. 1 de febrero de 2021;84(2):432-70.
3. 1. Molaei A, Waters KE. Aphron applications--a review of recent and current research. Adv Colloid Interface Sci. 2015;216:36-54. 2. Pinter A, Green LJ, Selmer J, et al. P1447. A pooled análisis 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. Presented at 30th EADV Virtual Congress; 29 September - 2 October: 2021.
4. Pinter A, Præstegaard M, Selmer J, Reich A. Calcipotriene And Betamethasone Dipropionate Cream Demonstrates High Treatment Success In Patients With Scalp Psoriasis. Winter Clinical Dermatology Conference; 2022

No lleva tinta roja, doctora

María Castillo Gutiérrez, Teresa López Bernal, Inés Segovia Rodríguez, Rosalía Toledo Cañaveras, Sergio Huerga Lozano, Beatriz Aranegui Arteaga.
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina (Parla, Madrid)

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por la aparición de placas eritematosas cubiertas por escamas nacaradas. La combinación de corticoides y análogos de vitamina D3 tópicos constituyen la primera línea de tratamiento para la psoriasis leve y moderada. Sin embargo, un alto porcentaje de pacientes con psoriasis no cumplen correctamente la pauta de tratamiento. La formulación de calcipotriol/ betametasona en crema ofrece una alternativa menos grasa en comparación con otros formatos manteniendo una alta eficacia con resultados visibles de manera temprana.

ANAMNESIS

Varón de 32 años, con antecedente personal y familiar de psoriasis. Acude a urgencias por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas de 10 días de evolución en torno a un tatuaje en la parte posterior de la pierna izquierda hecho 3 semanas antes. Presentó sensación distérmica el día tras la realización del mismo, sin otros síntomas asociados. No ha aplicado ningún tratamiento en el momento de la consulta. Los tatuajes de mayor antigüedad que presenta el paciente no han sufrido lesiones similares.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En cara posterior de pierna izquierda, en torno a líneas de tatuaje, presenta una placa eritematosa con descamación gruesa de bordes perfectamente definidos. No se aprecian exudados ni ampollas.
Estas lesiones son compatibles con el fenómeno de Koebner, que aparece de manera característica en pacientes con psoriasis sobre áreas de la piel que han sufrido un daño o traumatismo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Iniciamos tratamiento con una aplicación al día de calcipotriol/betametasona crema sobre la lesión. Tras 14 días de tratamiento el paciente presenta práctica resolución de las lesiones y del prurito, refiriendo haber apreciado una rápida mejoría y alivio sintomático desde las primeras aplicaciones, con excelente tolerancia.



Figura 1. Fenómeno de Koebner sobre tatuaje



Figura 2. Mismo tatuaje tras 2 semanas de tratamiento con calcipotriol/betametasona crema

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Recientemente se ha desarrollado una formulación crema con base acuosa que contiene los ingredientes activos de calcipotriol y betametasona dipropionato para el manejo tópico de la psoriasis. Gracias a la tecnología PAD (poly-aphron dispersión), permite una liberación óptima de los activos al tejido diana.
El tratamiento con calcipotriol/betametasona en crema ha demostrado una alta eficacia con resultados visibles desde la primera semana, mejorando rápidamente la intensidad del picor. La cosmeticidad del producto, que no deja sensación grasa ni pegajosa, permite una mayor aceptación y adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

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.
2. 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.
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;20(4):420-5.
4. Stein Gold L, Green LJ, Dhawan S, Præstegaard M, Selmer J. Calcipotriene and betamethasone dipropionate cream combines high efficacy, favorable safety, and treatment preference in a single product for topical treatment of psoriasis. ODAC Virtual Congress; 2021 14-17 January.

Alopecia similar a foliculitis decalvante inducida por un inhibidor del factor de necrosis tumoral alpha

Lasheras-Pérez Miguel Antonio[1,2], Sahuquillo-Torralba Antonio Javier[1,2], Pujol-Marco Conrad[1,2], Botella-Estrada Rafael[1,2].
[1]Hospital Universitario y Politécnico La Fe [2]Instituto de Investigación Sanitaria La Fe.

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores del *Factor de Necrosis Tumoral Alpha* (anti-TNF-α) se utilizan como tratamiento de diferentes enfermedades inflamatorias: psoriasis, hidradenitis supurativa, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa o artritis reumatoide, entre otras. Un efecto adverso poco frecuente es la psoriasis inducida. Se trata de una reacción paradójica por un bloqueo prematuro de la maduración de las células dendríticas plasmocitoides, lo que desencadena una producción excesiva de interferón tipo I. La psoriasis paradójica puede simular cualquier fenotipo de psoriasis, siendo la afectación del cuero cabelludo muy frecuente. Las alopecias asociadas pueden tener un patrón psoriasiforme, tipo alopecia areata o foliculitis decalvante, tanto a nivel clínico como histológico. Su manejo es complejo e incluye tratamientos tópicos, sistémicos, cambio de diana y mesoterapia. Presentamos un caso de alopecia inducida por anti-TNF-α, que remedaba a una foliculitis decalvante.

ANAMNESIS

Se trataba de una mujer de 33 años con artritis reumatoide de 5 años de evolución, sin antecedentes personales, ni familiares de psoriasis. La paciente había recibido previamente prednisona oral y metotrexato, siendo refractaria a los mismos. Tenía afectación de 4 articulaciones interfalángicas proximales, 1 articulación metatarsiana y sacroileitis bilateral grado III. La proteína C reactiva alcanzó valores de 20 mg/dl. La escala *Disease Activity in Psoriatic Arthritis* (DAPSA) fue de 39 (enfermedad muy activa). Por deseo genésico de la paciente, se inició certolizumab pegol, según ficha técnica. Tras 4 meses en tratamiento biológico, se controló la enfermedad sin efectos adversos (DAPSA 4).
A los 6 meses, la paciente acudió a Reumatología por una erupción localizada en cuero cabelludo (Fig.1A), tronco, palmas y plantas. Se inició prednisona oral 10 mg y, por empeoramiento del cuadro, fue remitida a Dermatología.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La paciente presentaba placas eritematosas descamativas, de bordes netos en tronco. Además, placas eritematosas y descamativas, acompañadas de pústulas, en palmas y plantas. A nivel del cuero cabelludo (Fig. 1B), presentaba eritema, pústulas y marcada hiperqueratosis, con pelos en penacho en la dermatoscopia. No había afectación articular. El cuadro era compatible temporal y clínicamente con una psoriasis inducida por anti-TNF-α. El *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) era de 12.
Por lo llamativo de la clínica, se realizó una biopsia por sacabocados del cuero cabelludo. Se objetivó un infiltrado inflamatorio perifolicular conformado principalmente por neutrófilos. Algunos de los folículos habían sido sustituidos por estelas fibrosas. El cuadro era compatible con una alopecia cicatricial neutrofílica tipo foliculitis decalvante.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se realizó un abordaje multidisciplinar. Se acordó con Reumatología suspender certolizumab e iniciar tofacitinib 10 mg/día, metotrexato 10 mg/semana y prednisona 5 mg/día. En Dermatología, se realizó mesoterapia con acetato de betametasona diluido a 0.2ml/cm^2. Se pautó minoxidil 1 mg comprimidos diario por 6 meses y propionato de clobetasol en ungüento 1 vez por la noche, durante 1 semana. Después, se continuó con Wynzora® 1 vez por la noche, 8 semanas.
Tras 1 mes de tratamiento (Fig. 1C), las pústulas se habían resuelto, el eritema de cuero cabelludo era residual y la descamación se redujo. A los 3 meses, el recrecimiento capilar fue completo (Fig. 1D). Se suspendió gradualmente el metotrexato y la prednisona. La artritis reumatoide se controló con el tofacitinib (DAPSA 4).
Por otro lado, las lesiones del tronco, palmas y plantas eran mínimas al mes y a los tres meses se habían resuelto por completo (PASI 0). Por el momento, se va a mantener tofacitinib oral, se valorarán otras opciones si la paciente vuelve a tener deseo genésico.



Figura 1. Evolución de la psoriasis inducida del cuero cabelludo. A) 6 meses después de iniciar certolizumab, la paciente desarrolló alopecia en vertex y línea media, caracterizada por hiperqueratosis, eritema y pustulosis. B) 8 meses después de iniciar certolizumab, la paciente es remitida a Dermatología. C) 1 mes después de iniciar Wynzora®, metotrexato, tofacitinib y prednisona, se observa resolución de la pustulosis y mejoría del eritema e hiperqueratosis D) 3 meses después de iniciar Wynzora®, metotrexato, tofacitinib y prednisona, se objetiva recrecimiento capilar completo.

CONCLUSIONES

1. La alopecia en la psoriasis inducida puede presentar un espectro clínico variado. En este caso, el cuadro clínica e histológicamente recordaba a una foliculitis decalvante.
2. Es importante un abordaje multidisciplinar entre Dermatología y Reumatológica. Por la gravedad del cuadro, se cambió de diana dirigida a un inhibidor JAK y se añadieron terapias sistémicas clásicas (metotrexato y prednisona).
3. En el tratamiento de la esfera tricológica, es importante frenar la inflamación de manera precoz. El cuero cabelludo tiene una dermis muy gruesa, lo que permite que la mesoterapia con corticoides sea segura. No obstante, no se debe exceder la concentración, puesto que puede producirse una alopecia o atrofia localizadas.
4. En el tratamiento tópico del cuero cabelludo, se tiene muy en cuenta la galénica. En el momento de inflamación aguda, puede ser interesante un ungüento para aumentar la absorción. Sin embargo, rápidamente se tendrá que cambiar a una formulación en crema, gel o solución para evitar el residuo en la fibra capilar.

Bibliografía:

1. Udkoff J, Cohen PR. Tumor necrosis factor-induced alopecia: alternative pathology and therapy. Dermatol Online J. 2017 Jun 15;23(6):13030/qt1nc025rs..
2. Eickstaedt J, et al. Paradoxical Psoriasiform Eruptions in Children Receiving Tumor Necrosis Factor α Inhibitors. JAMA Dermatol. 2023 Jun 1;159(6):637-642. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.0549.
3. Ya J, Hu JZ, Nowacki AS, Khanna U, Mazloom S, Kabbur G, Husni ME, Fernandez AP. Family history of psoriasis, psychological stressors, and tobacco use are associated with the development of tumor necrosis factor-α inhibitor-induced psoriasis: A case-control study. J Am Acad Dermatol. 2020 Dec;83(6):1599-1605. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.081. Epub 2020 Jun 25. PMID: 32592879.
4. Conrad C, et al. TNF blockade induces a dysregulated type I interferon response without autoimmunity in paradoxical psoriasis. Nat Commun. 2018 Jan 2;9(1):25. doi: 10.1038/s41467-017-02466-4.
5. Li SJ, et al. TNF Inhibitor-Induced Psoriasis: Proposed Algorithm for Treatment and Management. J Psoriasis Psoriatic Arthritis. 2019 Apr;4(2):70-80. doi: 10.1177/2475530318810851.

Ser todo oídos con la psoriasis

Samuel Corral Pavanelo, Elia Boza Villar, Sara Merino Molina, Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una de las enfermedades inflamatorias de la piel más prevalentes, estimándose una afectación de hasta el 3% de la población mundial. Si bien su gravedad se basa en parte en la extensión de las lesiones cutáneas en la superficie corporal, muchos pacientes aquejan no de la extensión de su enfermedad, sino del compromiso de áreas que o bien son de importancia estética o comprometen funciones tan básicas en el día a día como el uso de las manos o una audición de calidad.

ANAMNESIS

Varón de 32 años

Antecedentes familiares de psoriasis

Refiere desde los veinte años lesiones en codos y especialmente en ambos conductos auditivos externos y conchas auriculares, con afectación de la capacidad auditiva,

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas eritematodescamativas en ambos codos, así como en conductos auditivos externos de ambos oídos y concha auricular.

EXPLORACIÓN CLÍNICA + ANTECEDENTES = **PSORIASIS**

PASI 3, BSA 2, PGA 3, DLQI 11



Figura 1. Afectación psoriásica de la concha auricular y conducto auditivo externo previo a tratamiento.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento con **Wynzora®** crema con resolución completa de las lesiones al mes de inicio.

CONCLUSIONES

Independientemente de la extensión de la psoriasis, la afectación de zonas que puedan comprometer funciones básicas del día a día como la audición, en el caso de nuestro paciente, supone un importante factor negativo en la calidad de vida. Es por ello que debemos ser todo oídos con nuestros pacientes e indagar cómo la enfermedad impacta en sus vidas. Con el tratamiento pautado en forma tópica, nuestro paciente consiguió de manera eficaz, segura y con muy buena aceptación cosmética, un control adecuado de su enfermedad.

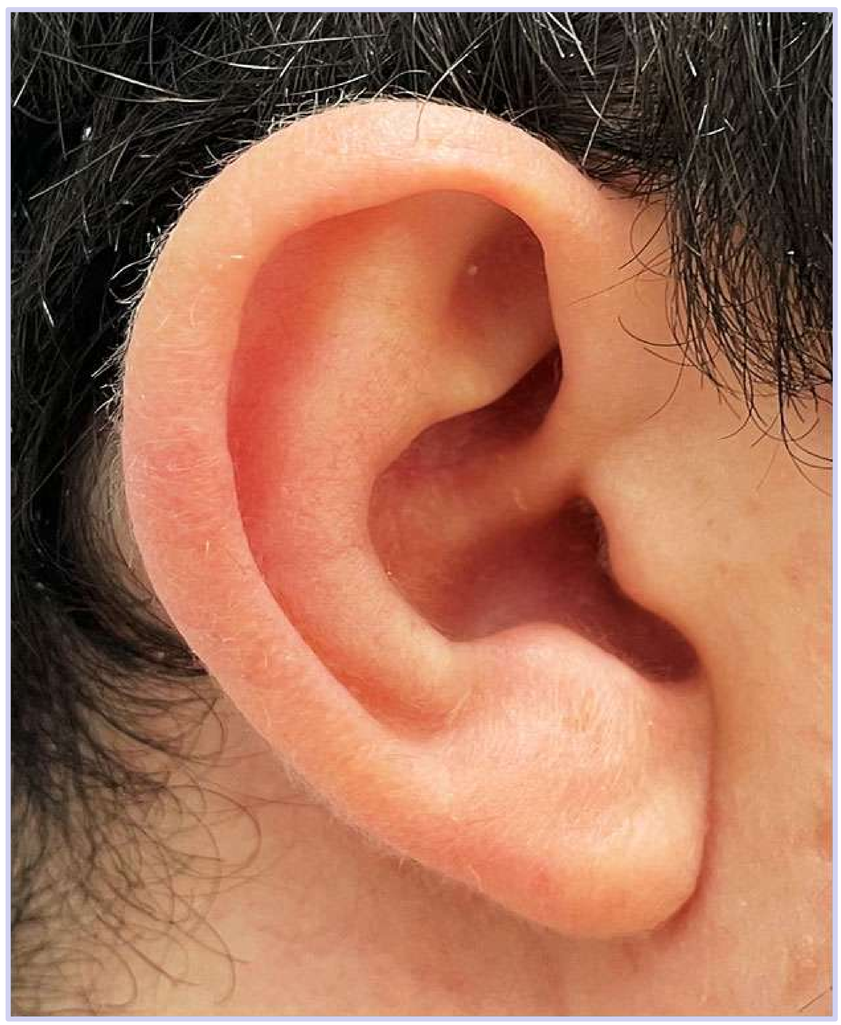


Figura 2. Resultado tras un mes de tratamiento con desaparición de las placas en concha auricular y conducto auditivo externo.

Bibliografía:

1. 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 [Internet]. 2022;47(12):2265–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ced.15352.

De cabeza con la psoriasis

Juan Ortiz Álvarez[1], Lourdes Rodríguez Fernández-Freire[1], Giovana Osorio Gómez[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]

1. UGC de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El cuero cabelludo se considera una de las zonas difíciles de tratar de la psoriasis, frecuentemente pruriginosa y con implicaciones estéticas por la visibilidad de las placas y de la descamación. La combinación de calcipotriol (CAL) con betametasona (BDP) se considera actualmente el *gold standard* en cuanto al tratamiento tópico para la psoriasis. Sin embargo, las formulaciones en espuma, gel o pomada de estos productos presentan una base grasa y pueden no ser fáciles de aplicar en esta zona, dejando un residuo visible, por lo que no son bien tolerados por los pacientes.
A continuación, presentamos el caso de un paciente con psoriasis con afectación de cuero cabelludo tratada exitosamente con CAL-BDP en crema de base acuosa (Wynzora®).

ANAMNESIS

Presentamos el caso de un paciente de 41 años sin antecedentes de interés. Acude a nuestra consulta derivado por otro dermatólogo, donde había consultado por lesiones de 20 años de evolución en extremidades, tronco y cuero cabelludo. Se encontraba actualmente en tratamiento con adalimumab, tras haber recibido metotrexato y ciclosporina.
En esta ocasión, aunque manifestaba mejoría notable en la mayoría de las localizaciones, refería escaso control a nivel de cuero cabelludo y comentaba prurito intenso en esta zona. Había realizado previamente múltiples tratamientos tópicos con diferentes preparados con corticoides no en combinación, sin lograr resolución mantenida de las lesiones.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración presentaba placas psoriásicas en cuero cabelludo, con extensión más allá de la línea de implantación del pelo. La superficie corporal afecta (BSA) era de un 2% y el *Psoriasis Activity Skin Index* (PASI) de 2, manifestaba además un prurito de 7/10 y un puntaje en la escala DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) de 12/30.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras consensuarlo con el paciente, se decide mantener tratamiento inmunomodulador con adalimumab y reforzar el tratamiento tópico con la prescripción de CAL-BDP crema (Wynzora®) para las lesiones de cuero cabelludo.
A las 16 semanas, el paciente había alcanzado aclaramiento completo (BSA y PASI de 0) de las lesiones y desaparición del prurito (0/0). Por lo que respecta a la calidad de vida, el paciente se encontraba muy contento con el resultado estético y el puntaje de la escala DLQI fue de 0.



Figura 1. Lesiones de psoriasis en cuero cabelludo y pliegue retroauricular previo al inicio de tratamiento



Figura 2. Lesiones de psoriasis psoriasis en cuero cabelludo y pliegue retroauricular a las 16 semanas de iniciar tratamiento

CONCLUSIONES

La elección del vehículo adecuado es muy importante a la hora de establecer un tratamiento dermatológico. Las cremas de base acuosa presentan una mejor capacidad de esparcimiento y una baja pegajosidad. Por ello, son mejor toleradas por los pacientes. Destacamos de nuestro caso, la buena adherencia del paciente a CAL-BDP crema (Wynzora®) para el control de las lesiones de cuero cabelludo y su satisfacción con las propiedades sensoriales del producto.
En conclusión, CAL-BDP en crema de base acuosa (Wynzora®) es una opción eficaz y muy bien tolerada para el tratamiento de la psoriasis de cuero cabelludo.

Bibliografía:

1. Merola JF, Qureshi A, Husni ME. Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails. Dermatol Ther. 2018 May;31(3):e12589.
2. Torres T, Galván J, Crutchley N, Praestegaard M, Iversen L, Gisondi P, Carrascosa JM, Halioua B, Bewley A, Pinter A. Calcipotriol and Betamethasone Dipropionate Cream Based on PAD Technology for the Treatment of Plaque Psoriasis: A Narrative Review. Dermatol Ther (Heidelb). 2023 Oct;13(10):2153-2169.
3. García N, Guiró P, Galván J, Crutchley N, Praestegaard M, Iversen L, Torres T. Sensory properties analysis of a calcipotriol and betamethasone dipropionate cream vehicle formulated with an innovative PAD Technology for the treatment of plaque psoriasis on the skin and scalp. Drugs Context. 2023 Mar 20;12:2023-2-8.

Cuando la galénica consigue el éxito terapéutico.

María Dolores Benedicto Maldonado, Sara Merino Molina, Gustavo Guillermo Garriga Martina, Enrique Herrera Acosta.
Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

Wynzora® es un nuevo tratamiento tópico comercializado para el tratamiento de la psoriasis vulgar, incluyendo cuero cabelludo, que se compone de calcipotriol y betametasona 50 microgramos/g + 0,5 mg/g (CAL/BD). Su nueva formulación en crema, gracias a la tecnología PAD™ ha sido diseñada para mejorar la cosmeticidad respecto a otros tratamientos tópicos comercializados, para así conseguir una mayor satisfacción del tratamiento por parte del paciente y calidad de vida (QoL).

ANTECEDENTES

Mujer 35 años, exfumadora.
Auxiliar de enfermería.
No alergias a medicamentos.
Antecedentes personales: **Psoriasis** de más de **10 años de evolución.**

Tratamientos previos**: Metotrexato**.
Tratamiento actual: No refiere.

ANAMNESIS

La paciente acude a consulta por empeoramiento de su psoriasis en placas con afectación importante de las manos que la **limitaba en su trabajo (auxiliar de enfermería) y con gran afectación en el ámbito psicosocial**. Había suspendido metotrexato por presencia de astenia durante el tratamiento que le impedía realizar su trabajo de forma habitual.
La paciente refería haber probado **otros tratamientos tópicos previamente sin haber conseguido adherencia** terapéutica al no tolerarlos ya que los notaba **‘‘pegajosos’’** y manchaba la ropa

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se apreciaban unas **placas en palmas** de las manos, eritemato-descamativas, infiltradas, con alguna fisuración.
En codos presentaba alguna placa de menor tamaño. No afectación ungueal ni de cuero cabelludo.
PASI 3
IGA 2
BSA 2%
DLQI 12

Diagnóstico: **Psoriasis moderada en placas con afectación palmar.**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dada la localización de la psoriasis y afectación de la paciente en su entorno laboral y psicosocial era necesario iniciar un tratamiento efectivo.
Se descartaron CAL/BD en espuma o pomada ya que la textura no era tolerable por la paciente.
Debido al perfil de la paciente (mujer en edad fértil) se descartaron tratamientos sistémicos y terapias biológicas en ese momento.

Se propuso uso de CAL/BD crema 1 vez al día por 8 semanas. Tras dicho periodo se consiguió control completo de la psoriasis.



Figura 1. Antes de tratamiento con CAL/BD crema.

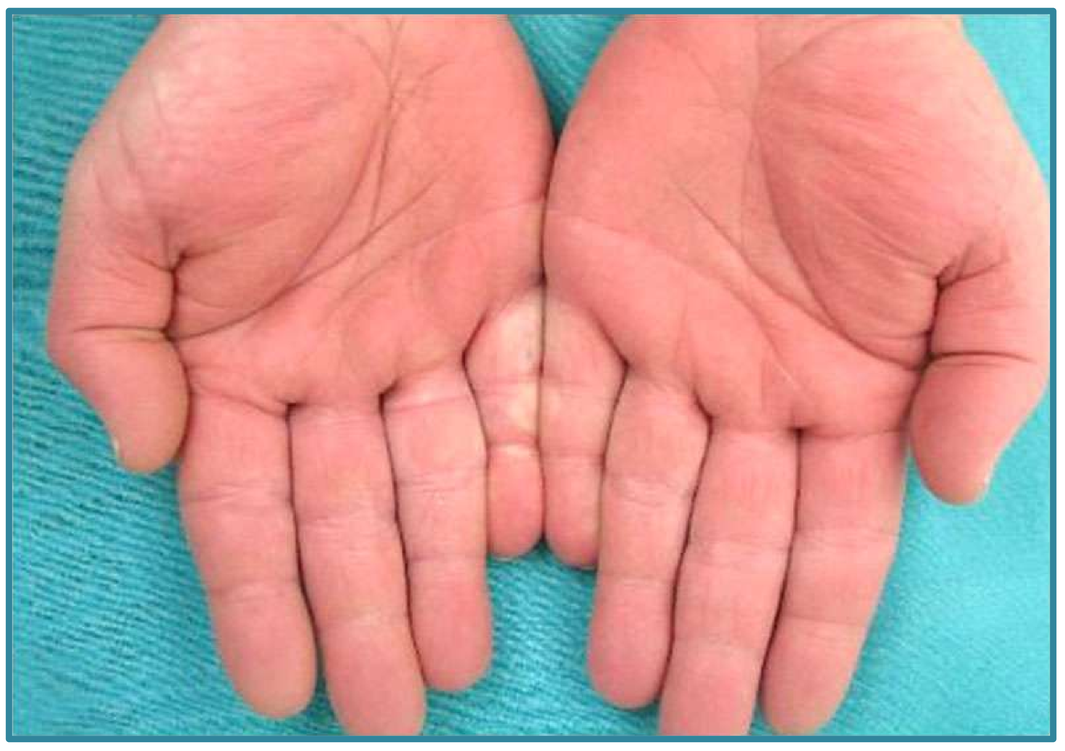


Figura 2. 10 semanas después de tratamiento con CAL/BD crema.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAL/BD crema es una terapia efectiva, aprobada y comercializada para el tratamiento de psoriasis en placas y cuero cabelludo. Su galénica innovadora a base de formulaciones PAD™ (*oil in water*) presenta una fase interna de aceite estabilizada mediante la encapsulación en una estructura multimolecular emulsionante, que permite conseguir un producto más fluido y mejor tolerado por parte de los pacientes.
Existen artículos basados en encuestas a pacientes en los que se refleja la importancia de la textura de los tratamientos tópicos para conseguir el éxito terapéutico. Otros estudios reflejan esta mejor tolerabilidad de CAL/BD en crema respecto a suspensión/gel.
Por todo esto **CAL/BD crema** se posiciona como un tratamiento efectivo de primera línea para el tratamiento de psoriasis en placas leve-moderado y afectación del cuero cabelludo. Gracias a la incorporación de la **tecnología PAD™** al producto, se incrementa la **tolerabilidad** (al mejorar la cosmeticidad) respecto a CAL/BD ungüento o espuma, traduciendo una **mejor adherencia** al tratamiento y por tanto mayor **efectividad y mejora en la calidad de vida** de los pacientes.

Bibliografía

1. Aemps.es. [citado el 27 de mayo de 2024]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/86088/86088_ft.pdf
2. Curcio A, Kontzias C, Gorodokin B, Feldman S, Kircik L. Patient preferences in topical psoriasis treatment. J Drugs Dermatol [Internet]. 2023 [citado el 27 de mayo de 2024];22(4):326–32. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37026884/
3. García N, Guiró P, Galván J, Crutchley N, Praestegaard M, Iversen L, et al. Sensory properties analysis of a calcipotriol and betamethasone dipropionate cream vehicle formulated with an innovative PAD Technology for the treatment of plaque psoriasis on the skin and scalp. Drugs Context [Internet]. 2023 [citado el 27 de mayo de 2024];12:1–8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36968458/
4. Fouéré S, Adjadj L, Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2005 [citado el 27 de mayo de 2024];19(s3):2–6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16274404/
5. 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 [Internet]. 2022 [citado el 27 de mayo de 2024];21(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35254765/
6. Platform [Internet]. MC2 Therapeutics. 2016 [citado el 27 de mayo de 2024]. Disponible en: https://mc2therapeutics.com/platform-2/

Como la noche al día: psoriasis palmoplantar tras tratamiento con Wynzora®

Alejandro Tomás Esteban Escudero
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España



Figura 1. Lesiones apreciables en palma izquierda de la paciente en el momento de la primera consulta. Puede apreciarse eritema, descamación, fisuración y pustulación.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un caso de psoriasis palmoplantar tratada con **Wynzora®** crema (calcipotriol/betametasona) durante cuatro semanas.

Con ello el cuadro presentó **resolución** completa, con clara mejoría clínica y en las escalas de calidad de vida.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 35 años que acude al Servicio de Urgencias por lesiones en ambas palmas de 6 meses de evolución.

Comenzaron como pequeñas lesiones en zona centropalmar que después se habían extendido por ambas palmas. Las lesiones le producían picor y disestesia en la zona.

No tenía clínica compatible con artritis ni entesitis.

La paciente era **fumadora** de cinco cigarrillos al día, no tenía otros antecedentes médicos de interés ni tomaba medicación habitual.



Figura 2. Fotografía tras un mes de tratamiento tópico con Wynzora® crema. Se aprecia resolución completa de las lesiones, quedando únicamente una pústula en la parte proximal de la palma.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La paciente presentaba placas eritematodescamativas en zona palmar de ambas manos con afectación de primer y segundo dedo (Figura 1). Podían apreciarse pústulas subcórneas de color marrón intercaladas en estas placas. Había lesiones similares en menor número en ambas plantas. Además, presentaba placas de psoriasis vulgar en ambos codos. No había afectación ungueal. La paciente puntuó **17 puntos en el cuestionario DLQI** (*Dermatology Life Quality Index*)[1].

Se estableció el diagnóstico de psoriasis vulgar con afectación pustulosa palmoplantar. Aunque en la literatura muchas veces las denominaciones **"psoriasis palmoplantar" y "pustulosis palmoplantar"** se intercambian[2], la presencia en este caso de placas de psoriasis vulgar, podrían hacer inclinarse más por el primer término. No obstante, sigue siendo controvertida la clasificación y denominación exacta de esta patología[3].

Se solicitó además analítica de sangre y radiografía de tórax por si hubiera sido necesario comenzar más adelante un tratamiento sistémico[4].

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se prescribió **Wynzora®** crema (calcipotriol/betametasona) durante cuatro semanas mediante una aplicación nocturna, además de antihistamínico oral para el prurito ocasionado por las lesiones. Se recomendó también el cese del hábito tabáquico, recomendación que la paciente por el momento no ha cumplido.

Con ello la paciente presentó una **mejoría total** de las lesiones de ambas palmas (Figura 2). La realización de un nuevo cuestionario DLQI arrojó una puntuación de **1 punto.**

CONCLUSIONES

Wynzora® crema es una alternativa efectiva en el tratamiento tópico de la psoriasis.

En ocasiones el tratamiento tópico puede ser suficiente para **controlar** la afectación palmoplantar, o puede servir hasta el inicio de un tratamiento sistémico.

El **tabaquismo** es un factor asociado a esta patología, por lo que se debe interrogar por este hábito y recomendar su cesación inmediata.

Es importante medir la afectación de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis palmoplantar con índices como el **DLQI** (*Dermatology Life Quality Index*).

Bibliografía:

1. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol. mayo de 1994;19(3):210-6.
2. Heidemeyer K, May Lee M, Cazzaniga S, Yawalkar N, Naldi L. Palmoplantar Pustulosis: A Systematic Review of Risk Factors and Therapies. Psoriasis (Auckl). 22 de septiembre de 2023;13:33-58.
3. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, et al. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. noviembre de 2017;31(11):1792-9.
4. Spencer RK, Jin JQ, Elhage KG, Davis MS, Hakimi M, Bhutani T, et al. Comparative efficacy of biologics and oral agents in palmoplantar psoriasis and palmoplantar pustulosis: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. J Am Acad Dermatol. agosto de 2023;89(2):423-5.

Doctora, ¿alguna solución para esta “dermatitis” de la cabeza?

Cristina Miranda Valverde, María Dolores Benedicto Maldonado, Marisol Contreras Steyls, Enrique Herrera Acosta.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Servicio de Dermatología.

INTRODUCCIÓN

El cuero cabelludo es una localización frecuente de la psoriasis, en la que pueden llegar a formarse placas gruesas con descamación intensa y molesta.

Es fundamental hacer un buen diagnóstico diferencial en esta localización y proponer al paciente una opción terapéutica cómoda, aceptable y efectiva.

ANAMNESIS

Una mujer de 30 años acude a Consultas externas de Dermatología por descamación del cuero cabelludo desde la adolescencia.

Refería más estrés en los últimos meses porque estaba opositando, con empeoramiento de su “dermatitis”. Había usado múltiples champús y lociones, con antifúngicos, corticoesteroides y queratolíticos, sin mejoría con ninguno de ellos.

Refería prurito del cuero cabelludo y lo que más le preocupaba era la visibilidad de las lesiones, que le llevaban a no recogerse nunca el pelo para tratar de disimularlas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física la paciente presentaba afectación de la línea de implantación del cuero cabelludo, en regiones occipital y temporales (figura 1) e incipiente en raíz del hélix y concha auricular izquierda (figura 2), en forma de placas eritematosas, con descamación blanco-plateada gruesa. No tenía afectación facial ni en tronco.

Con esta información se llegó al diagnóstico de psoriasis del cuero cabelludo, PGA-scalp 3, BGA 5% y PASI 3.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se propuso a la paciente el inicio de tratamiento tópico con Calcipotriol/Betametasona en crema (Wynzora®). Se explicó que con el pelo limpio debía pasar un peine para eliminar cualquier escama suelta. Posteriormente debía aplicar la crema con la yema del dedo directamente en las zonas afectadas donde notara las placas y masajear bien hasta su absorción. Recomendamos aplicar el producto por la noche para que actuara durante al menos 8 horas y se favoreciera así su absorción.

Citamos a la paciente a las 8 semanas para una revisión y observamos PGA-scalp de 1 (casi blanqueado), BGA 3% y PASI 1 (figuras 3 y 4). La paciente estaba contenta con el resultado, refería menos prurito y descamación.

CONCLUSIONES

Un manejo efectivo de la psoriasis leve-moderada en cuero cabelludo incluye las terapias tópicas.

El calcipotriol/betametasona en crema (Wynzora®) es una terapia segura, aceptable y eficaz en esta localización.

La respuesta se puede evidenciar tanto de forma objetiva como de forma subjetiva con la mejoría del prurito.

Su aplicación fácil y su rápida absorción sin sensación pegajosa mantiene la adherencia del paciente, lo que supone una mejoría rápida y sostenida.

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). 2022 Oct;12(10):2217-223.
2. Pinter A, Præstegaard M, Selmer J, Reich A. Calcipotriene And Betamethasone Dipropionate Cream Demonstrates High Treatment Success In Patients With Scalp Psoriasis. Winter Clinical Dermatology Conference; 2022.
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;20(4):420-5.



Figura 1. Placas de psoriasis en línea de implantación occipital, con descamación gruesa.



Figura 2. Afectación incipiente de hélix y concha auricular izquierda.



Figura 3. Región occipital tras 8 semanas con Wynzora®.



Figura 4. Aclaramiento casi total de pabellón auricular izquierdo tras 8 semanas con Wynzora®.

Wynzora®, una alternativa al sistémico en psoriasis palmar

Manuel Almenara Blasco[1], Mariana Claudia Matei[1], Laura Bernal Masferrer[1], Beatriz Clemente Hernández[1], Itziar Muelas Rives[1]. 1. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento tópico en psoriasis con derivados de la vitamina D y esteroides está bien definido desde hace décadas. Conocida su efectividad se han intentado hacer galénicas que mejoren la adherencia de los pacientes y la penetración del principio activo. Recientemente se ha comercializado la formulación con tecnología PAD en crema de calcipotriol y dipropionato de betametasona (CAL/BDP) para su uso en psoriasis vulgar y del cuero cabelludo. La bibliografía sustenta su efectividad y mayor adherencia del paciente frente a formulaciones en gel o espuma. Su uso en localizaciones especiales como palmas, plantas y cuero cabelludo está dando buenos resultados y podría ser una alternativa a los tratamientos sistémicos.

ANAMNESIS

Acudió al servicio de Urgencias una mujer de 64 años fumadora con antecedentes de psoriasis en placas y afectación palmo plantar. La paciente tenía impotencia funcional para realizar actividades con las manos por extensa fisurización debida a su psoriasis. Como tratamientos había realizado: calcipotriol/dipropionato de betametasona en espuma, metotrexato, acitretina, apremilast, PUVA y adalimumab. La respuesta a los tratamientos fue escasa y tuvo una reacción de hipersensibilidad tipo I a adalimumab, por la que se encontraba sin tratamiento y en estudio por parte de alergología. También se había descartado mediante pruebas epicutáneas que la paciente tuviese un eccema de contacto en manos y no realizaba lavados continuos o agresiones que produjesen un fenómeno de Koebner, siendo su actividad laboral ama de casa.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración la paciente presentaba placas hiperqueratósicas que ocupaban la totalidad de las palmas junto con formación de fisuras y heridas, las plantas de pies no estaban afectadas, aunque si en dorso. En tronco tenía psoriasis en placas eritematodescamativas que afectaba a zona de codos y rodillas.
Las escalas realizadas daban la siguiente puntuación: PASI 5.8 y DLQI 18.
Diagnóstico: psoriasis en placas con afectación de palmas de manos como localización especial.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento con CAL/BDP en crema según ficha técnica una vez al día durante 8 semanas en zonas afectas y se recomendó suspender el hábito tabáquico. Se aprovechó la indicación de psoriasis en placas que tenía la paciente para su uso en psoriasis palmar.
No se optó por iniciar un tratamiento sistémico dada la reacción de hipersensibilidad tipo I reciente de la paciente a adalimumab.
A las 8 semanas la mejoría fue evidente con la satisfacción de la paciente y una disminución de las escalas. PASI 0.6 DLQI 1.



Figura 1. Situación basal antes de iniciar CAL/BDP en crema



Figura 2. Evaluación tras 8 semanas de tratamiento con CAL/BDP en crema diario a las 8 semanas

CONCLUSIONES

La combinación CAL/BDP en crema es una alternativa efectiva para el tratamiento de psoriasis de localizaciones especiales como la palmo-plantar o la de cuero cabelludo dónde tiene indicación. Su uso puede evitar el inicio de un tratamiento sistémico mejorando escalas como PASI y DLQI. La adherencia al tratamiento suele ser buena por su textura no oleosa que permite al paciente realizar una vida normal, aunque la aplique en manos o cuero cabelludo, al contrario de formulaciones más grasas como la pomada o espuma oleosa.

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. 2.
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.
3. Taylor A, Singh R, Feldman SR. Review of calcipotriene and betamethasone dipropionate cream in the treatment of psoriasis. Ann Pharmacother [Internet]. 2022;10600280221105508.

Psoriasis inducida por tratamiento anti-TNF de hidradenitis supurativa con excelente respuesta a combinación de calcipotriol/betametasona crema (Wynzora®)

Andrés Vidal González, Sergio López Alcázar, Elena Sendagorta Cudos, Pedro Herranz Pinto.
Hospital Universitario La Paz

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria muy frecuente, que puede tener un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Presentamos un caso de **psoriasis vulgar**, de aparición en contexto de reacción paradójica con anti-TNF en una mujer con diagnóstico de **hidradenitis supurativa (HS) grave**, cuyo tratamiento con combinación de **calcipotriol/betametasona en crema** obtuvo excelente respuesta clínica y permitió mantener el tratamiento sistémico de una entidad de difícil control como lo es la hidradenitis supurativa.

ANAMNESIS

Mujer de 46 años que acude a urgencias por **lesiones cutáneas pruriginosas de 15 días de evolución** de predominio en miembros inferiores, con lesiones salpicadas en miembros superiores y tronco. Como antecedente personal de interés destacaba una HS grave Hurley III desde los 30 años de edad, con afectación inguinal, vulvar y perianal con presencia de fístulas inflamatorias. Por mal control de la misma, había iniciado hace 4 meses **Adalimumab**, con mejoría relevante de lesiones inflamatorias de hidradenitis, en el momento de valoración estables. Negaba fiebre, artralgias u otra clínica sistémica.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física presentaba placas eritematodescamativas de predominio en miembros inferiores, con lesiones salpicadas en miembros superiores y tronco. Presentaban **descamación gruesa asociada con signo de Auspitz** al raspado y vasos puntiformes de distribución homogénea a la dermatoscopia. Presentaba una escala **PASI de 10** en el momento de la valoración, con un BSA de 9.

Con los hallazgos conjuntos de la anamnesis y la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis, en contexto de **reacción paradójica al tratamiento con anti-TNF** prescrito para cobertura de la hidradenitis supurativa.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Como tratamiento se indicó la aplicación diaria de **calcipotriol/betametasona (Wynzora®)** en crema con revisión en dos semanas, para valoración de potencial suspensión de Adalimumab según respuesta terapéutica.

En la consulta de revisión, tras tratamiento con Wynzora® la paciente experimentó marcada mejoría clínica con lesiones de aspecto de residual y PASI de 2. Con la buena respuesta obtenida con el tratamiento tópico de la psoriasis y la estabilización de las lesiones de la HS con el Adalimumab, con buena evolución en consultas sin presentar nuevas incidencias.



Figura 1. Placas eritematodescamativas psoriasiformes de predominio en miembros inferiores.



Figura 2 y 3. Se aprecia resolución de lesiones de psoriasis, de aspecto residual con respecto a valoración previa.

CONCLUSIONES

- La psoriasis es una **dermatosis inflamatoria** frecuente que afecta directamente a la calidad de vida.
- Dependiendo de la **gravedad**, las opciones terapéuticas van del **tratamiento tópico al sistémico.**
- La combinación de análogos de la vitamina D y corticosteroides tópicos, como el **calcipotriol/betametasona**, ha demostrado una amplia **eficacia** de la psoriasis leve a moderada.

Bibliografía:

1. Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, Wong EB, Rupani RN et al. Joint AAD-NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. J Am Acad Dermatol. 2021 Feb;84(2):432-470. doi: 10.1016/j.jaad.2020.07.087. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32738429.
2. Bark C, Brown C, Svangren P. Systematic literature review of long-term efficacy data for topical psoriasis treatments. J Dermatolog Treat. 2022 Jun;33(4):2118-2128. doi: 10.1080/09546634.2021.1925211. Epub 2021 Jun 1. PMID: 33945378.
3. Carrascosa, J. M., Vanaclocha, F., Borrego, L., Fernández-López, E., Fuertes, A., Rodríguez-Fernández-Freire, L., … Herrera, E. (2009). Revisión actualizada del tratamiento tópico de la psoriasis. Actas Dermo-Sifiliográficas, 100(3), 190–200. doi:10.1016/s0001-7310(09)70534-4.

Tratamiento tópico en psoriasis extensa: A veces la primera línea es la solución.

Ana Serrano Ordóñez, José Antonio Llamas Carmona, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Marina Romero Bravo.
Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que presenta múltiples manifestaciones clínicas, siendo la psoriasis en placas el subtipo más frecuente.
En hasta un 80% de los pacientes se produce afectación de cuero cabelludo, considerada un área de difícil tratamiento y que ocasiona un importante impacto en calidad de vida. El manejo de la psoriasis de cuero cabelludo puede suponer un reto terapéutico, ya que en ocasiones la presencia de pelo dificulta la adherencia a tratamientos tópicos.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 18 años, sin antecedentes personales de interés ni toma de medicación habitual. Presentaba antecedente familiar de psoriasis en placas en su padre, en tratamiento con fármaco sistémico con buen control.
Consultaba por brote de lesiones eritematodescamativas generalizadas, afectando predominantemente a tronco, así como miembros superiores e inferiores, y cuero cabelludo, que relacionaba con periodo de mayor estrés en relación con exámenes de acceso a estudios de grado universitario. La paciente estaba en edad fértil, pero negaba deseo genésico a corto o medio plazo.
Dada la extensión de la psoriasis, se planteó realizar pruebas complementarias previas a iniciar tratamiento sistémico o biológico. Sin embargo, al consultar por sus antecedentes y preferencias de tratamiento, rechazaba opciones de tratamiento oral ni inyectable.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La paciente presentaba placas eritematodescamativas de morfología anular de predominio en tronco y zona pectoral, y placas de menor tamaño en cara posterior de brazos y en muslos. Refería descamación en cuero cabelludo, y al explorarla se objetivaron placas de psoriasis con descamación gruesa, principalmente en zona occipital, y más aisladas en el resto del cuero cabelludo. No presentaba afectación ungueal ni palmoplantar.
Se calculó una medida en la escala de *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) de 9.6 y un porcentaje de área de afectación corporal (BSA) de 16.8%. Se evaluó el impacto en calidad de vida mediante la escala *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), con un valor de 8.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado que la paciente presentaba una psoriasis moderada extensa, se propuso a la paciente iniciar tratamiento con tratamiento sistémico. Sin embargo, esta prefería no realizar tratamiento oral ni inyectable, y se comprometía con mantener buena adherencia al tratamiento tópico.
Por tanto, se inició tratamiento con calcipotriol/dipropionato de betametasona en crema sobre placas de psoriasis, aplicándolo por las noches durante un mes, y luego continuando 2 días en semana durante 4 semanas más.
Revisamos a la paciente tras 2 meses de tratamiento, presentando una respuesta completa con resolución de las placas de psoriasis, tanto en el cuerpo como en cuero cabelludo. La paciente refería que la aplicación de tratamiento fue cómoda, incluso en cuero cabelludo, lo cual facilitó la adherencia al tratamiento tópico.
Tras 6 meses de seguimiento, y exposición solar suave, no ha presentado nuevos brotes de psoriasis.

CONCLUSIONES

La psoriasis de moderada a grave extensa, incluyendo la afectación de cuero cabelludo, frecuentemente precisa tratamiento sistémico. Sin embargo, es esencial valorar las preferencias de los pacientes a la hora de establecer el tratamiento.
El tratamiento tópico con calcipotriol/dipropionato de betametasona en crema es una alternativa terapéutica útil y efectiva tanto en la psoriasis en placas en cuerpo como en cuero cabelludo, que en nuestra paciente consiguió una respuesta clínica completa tras dos meses de tratamiento.

Bibliografía:
1. Wang TS, Tsai TF. Managing scalp psoriasis: An evidence-based review. Am J Clin Dermatol. 2017;18(1):17-43.
2. Torres T, Galván J, Crutchley N, et al. Calcipotriol and Betamethasone Dipropionate Cream Based on PAD Technology for the Treatment of Plaque Psoriasis: A NarraTve Review. Dermatol Ther (Heidelb). 2023;13(10):2153-2169. doi:10.1007/s13555-023-01003-0
3. Reich A, Selmer J, Galván J, et al. Efficacy, quality of life, and treatment saTsfacTon: an indirect comparison of calcipotriol/betamethasone dipropionate cream versus foam for treatment of psoriasis. Curr Med Res Opin. 2022;38(9):1521-1529. doi:10.1080/03007995.2022.2078099



Figura 1. Placas eritematodescamativas en tronco, zona pectoral y cuero cabelludo.



Figura 2. Placas de psoriasis en espalda, afectando también a flancos.



Figura 3. Blanqueamiento de placas de psoriasis en zona pectoral, tronco y cuero cabelludo.



Figura 4. Blanqueamiento de placas de psoriasis, con resolución completa de las mismas tanto en espalda como en flancos.

Una pequeña ayuda nunca viene mal

Cristian Fernando Caballero Linares[1], Francisco José Rodríguez Cuadrado[1], Irene Sánchez Gutiérrez[1], Juan Luis Castaño Fernández[1], Mercedes Hospital Gil[1].
[1] Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, nos encontramos con pacientes en tratamiento con inmunosupresores y biológicos para controlar su psoriasis. Estos pacientes pueden presentar brotes de la enfermedad que requieran un tratamiento adicional.
Presentamos dos casos de psoriasis en tratamiento con Guselkumab y Secukinumab, respectivamente, que presentaron un brote intercurrente, controlado adecuadamente con la combinación de calcipotriol y betametasona en crema.

ANAMNESIS

El primer caso, se trataba de un varón de 67 años que como antecedentes personales de interés presentaba una diverticulosis de sigma, hipertensión, gota y obesidad, y como antecedentes familiares un hermano con psoriasis y una hermana con vitíligo. Presentaba psoriasis desde los 30 años, y se encontraba en tratamiento con Guselkumab 100 mg cada 16 semanas. Previamente, había sido tratado con Ustekinumab.

El segundo caso se trataba de un varón de 49 años sin ningún antecedente personal ni familiar de interés. Presentaba psoriasis y artritis psoriásica en tratamiento con Secukinumab 300 mg cada 4 semanas. Previamente, había realizado tratamiento con fototerapia, Adalimumab, Acitretino y Apremilast.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El primer caso presentaba pápulas confluyentes en forma de placas eritemato-descamativas en la región lumbar, compatibles con un brote de psoriasis (Figura 1).

El segundo caso acudió a consulta con placas eritemato-descamativas en la región periumbilical, compatibles también con un brote de su psoriasis de base (Figura 3).

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tanto el primer como el segundo caso, fueron tratados con la combinación de calcipotriol y betametasona en crema, realizando 1 aplicación por la noche durante 4 semanas, continuando su tratamiento biológico de base según lo tenían pautado. En ambos pacientes, hubo una resolución prácticamente completa de las lesiones (Figura 2 y Figura 4).

CONCLUSIONES

El tratamiento tópico en el manejo de la psoriasis continúa siendo fundamental, sobre todo en los casos de enfermedad leve o moderada, aunque cada vez está siendo más utilizado como tratamiento complementario a los tratamientos sistémicos.
Existen múltiples presentaciones de la combinación de calcipotriol con betametasona, habiendo estudios donde se ha evaluado la satisfacción con las mismas, prefiriendo los pacientes la presentación en crema que en espuma[1].



Figura 1. Paciente 1 previo al tratamiento con Wynzora®



Figura 2. Paciente 2 previo al tratamiento con Wynzora®



Figura 3. Paciente 1 posterior al tratamiento con Wynzora® durante 1 mes.



Figura 4. Paciente 2 posterior al tratamiento con Wynzora® durante 1 mes.

Bibliografía:
1. Bewley A, Barker E, Baker H, Green W, Avey B, Pi-Blanque A, et al. An anchored matching adjusted indirect comparison of fixed-dose combination calcipotriol and betamethasone dipropionate (Cal/BDP) cream versus Cal/BDP foam for the treatment of psoriasis. J Dermatolog Treat. 2022;6:1-8.

Wynzora® al rescate: superando la psoriasis en tiempos de estrés

Abraham Santa Cruz Martín, Ricardo Valverde Garrido, Gema Vázquez Contreras, Luis Feito Sancho, Marta Folcrá González, Noelia García Muñoz.
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se manifiesta con placas eritematosas y descamativas, comúnmente en áreas como el cuero cabelludo, codos, rodillas y tronco. La combinación de calcipotriol y betametasona, como en la crema Wynzora®, es un tratamiento tópico eficaz demostrado en múltiples estudios. Presentamos el caso de un varón de 30 años con lesiones psoriásicas en tórax, espalda y codos algo peculiares.

ANAMNESIS

Paciente varón de 30 años, sin antecedentes médicos de relevancia. No presenta reacciones adversas a medicamentos conocidas. Fumador de 10 cigarrillos al día desde hace 10 años (IPA 5). Intervenciones quirúrgicas previas en rodillas y hombro derecho.

Acude con lesiones en espalda, tórax y codos de unas tres semanas de evolución, iniciadas tras una amigdalitis estreptocócica tratada con penicilina. Refiere historia previa de sequedad crónica en codos y rodillas, así como descamación en cuero cabelludo en ocasiones. El padre del paciente tiene psoriasis. El paciente reporta además algo más de estrés tras comenzar a dejar de fumar recientemente.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física se observan placas eritematodescamativas sobreelevadas y confluentes en tórax y espalda, junto a placas eritematodescamativas en superficie extensora de antebrazos, cerca de los codos. La presentación de las lesiones plantea el diagnóstico diferencial entre psoriasis en placas y toxicodermia, siendo la psoriasis más probable debido a los antecedentes del paciente, así como la morfología y distribución de las lesiones.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inicia tratamiento con Wynzora® (calcipotriol con betametasona en crema), aplicándose una vez al día durante 4 semanas y luego 1-2 veces por semana como mantenimiento. Durante la revisión a los 2 meses, el paciente se encuentra sin lesiones activas y expresó satisfacción por la textura de la crema, destacando que había tenido experiencias previas con otros tratamientos tópicos que no le agradaban tanto. Este aspecto contribuyó positivamente a la adherencia al tratamiento y a la mejoría clínica observada. Transcurridos 4 meses desde el brote, el paciente continúa sin lesiones.

CONCLUSIONES

Este caso subraya la importancia de considerar la psoriasis en el diagnóstico diferencial de erupciones descamativas, especialmente en pacientes con antecedentes familiares de psoriasis. La historia de descamación en el cuero cabelludo y codos, junto a la respuesta positiva al tratamiento apoyan el diagnóstico de psoriasis en placas. Además, el estrés por la deprivación tabáquica y la faringitis estreptocócica podrían haber actuado como factores desencadenantes o exacerbantes en este caso.

Aunque tanto la crema como la espuma de calcipotriol con betametasona dipropionato son efectivas en el tratamiento de la psoriasis en placas, algunos estudios sugieren posibles ventajas de la crema. Esta formulación podría ofrecer una mejor penetración en áreas de piel gruesa como codos y rodillas, potenciando la acción antiinflamatoria de la betametasona. Además, la crema puede ser preferida por su textura y sensación en la piel. La elección entre crema y espuma debería considerar las preferencias del paciente y la facilidad de aplicación para mejorar la adherencia al tratamiento.

Bibliografía:

1. Paul C, Stein Gold L, Cambazard F, et al. Calcipotriol plus betamethasone dipropionate aerosol foam versus gel for psoriasis vulgaris: a randomized, controlled phase III study (PSO-ABLE study). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Jan;31(1):119-126.
2. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. J Am Acad Dermatol. 2009 Jul;60(4):643-59..
3. Mason AR, Mason J, Cork M, Dooley G, Hancock H. Topical treatments for chronic plaque psoriasis. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar;3(3)



Figura 1. Placas eritemato-descamativas sobreelevadas y confluentes en tórax



Figura 2. Placas eritemato-descamativas sobreelevadas y confluentes en espalda



Figura 3. Resolución total de las lesiones tras aplicación de Wynzora ®



Figura 4. Resolución total de las lesiones tras aplicación de Wynzora ®

Crema de calcipotriol/betametasona en psoriasis vulgar: un aliado indispensable

Luis Feito Sancho[1], Abraham Santa Cruz Martín[1], Marta Folcrá González[1], Carolina Garrido Gutiérrez[1], Leticia Calzado Villareal[1]
[1]Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria eritematodescamativa que en muchas ocasiones se puede manejar de forma óptima con tratamientos tópicos. La galénica de dichos tratamientos será un factor determinante en la adherencia terapéutica. Se presenta un caso de psoriasis vulgar con una respuesta excelente a calcipotriol/betametasona en crema.

ANAMNESIS

Varón de 57 años, fumador de 1 paquete diario, que consultó por lesiones persistentes de meses de evolución en tronco y extremidades. El paciente tenía antecedentes conocidos de psoriasis (nunca biopsiada) sin datos de artropatía asociada, desde la adolescencia, pero había abandonado tratamientos tópicos previos por intolerancia a su cosmeticidad. Nunca había realizado tratamientos sistémicos ni fototerapia.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, presentaba una erupción eritematosa en forma de papulo-placas coalescentes, con superficie moderadamente queratósica en espalda, 4 extremidades y en forma de lesiones más pequeñas en tronco anterior. Se realizó una biopsia cutánea mediante punch de 4 mm de una de las lesiones de la espalda, que confirmó el diagnóstico de sospecha de psoriasis.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento con crema de calcipotriol/betametasona 50 microgramos/g + 0,5 mg/g a diario (por las noches), obteniendo una muy buena respuesta en tan solo 3 semanas de tratamiento, momento en el que se inició además tratamiento con fototerapia (2 sesiones semanales). A las 6 semanas de tratamiento, todas las lesiones estaban prácticamente resueltas. Unas semanas después, el paciente completó 30 sesiones de fototerapia y, dada la estabilidad clínica, ésta se suspendió. A día de hoy, 6 meses después, el paciente permanece estable.



Fig. 1. Lesiones en la primera consulta



Fig. 3. Excelente respuesta terapéutica tras seis semanas de tratamiento con crema de calcipotriol/betametasona

Fig. 2. Instrucciones para un uso adecuado de la crema de calcipotriol/betametasona 50 microgramos/g + 0,5 mg/g. Aplicar una capa fina de la crema con un dedo limpio directamente sobre las lesiones de psoriasis y a continuación lavarse bien las manos.

CONCLUSIONES

La excelente cosmeticidad, efectividad y adherencia de la crema de calcipotriol/betametasona, corroboran el lugar de la misma en la primera línea del tratamiento de la psoriasis vulgar.

Bibliografía:
1. Wynzora. Prospecto: información para el usuario. 1–7.
2. Reich A, Selmer J, Galván J, 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; 38:1521–1529.

Psoriasis en placas en fototipo oscuro

Olga González Angulo, María Colmenero Sendra
Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Málaga

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica, que se presenta generalmente en forma de placas eritematodescamativas y/o pustulosis que afecta mayoritariamente a superficies extensoras de la piel. Se trata de una enfermedad con base inmunológica, predisposición genética y de origen multifactorial, que afecta en torno al 2.5% de la población caucásica, y al 1.3% de la raza negra.
El tratamiento de primera línea en los casos leves y moderados se realiza con corticoterapia y calcipotriol tópicos, principios activos presentes en Wynzora®, que además de ser un medicamento eficaz y seguro es muy aceptado cosméticamente, factor importante ya que la psoriasis se trata de una enfermedad crónica en la que la adherencia al tratamiento es fundamental.
Presentamos el caso de un paciente con piel oscura tratado con Wynzora®.

ANAMNESIS

Paciente varón de 60 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por placas en la superficie anterior de ambas piernas, de años de evolución y con mala adherencia a tratamientos previos. No presentaba prurito ni síntomas articulares.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, se aprecian placas infiltradas, eritemato-descamativas en la superficie anterior de ambas piernas (Figura 1). Presentaba una analítica sanguínea básica y serología sin alteraciones. Tras los hallazgos previamente descritos, se realizó el diagnóstico de psoriasis en placas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se propuso tratamiento con Wynzora® crema a diario durante un mes por la noche, retirando el producto con agua por la mañana. Tras este tiempo, el paciente presentó desaparición de las lesiones, aunque persistió hiperpigmentación postinflamatoria (Figura 2), frecuente en pieles con fototipo alto.



Figura 1. Lesiones en placas eritemato-descamativas en piernas, previo a tratamiento con Wynzora® crema.



Figura 2. Tras un mes de tratamiento con Wynzora® crema, desaparición de las placas infiltradas, únicamente persiste hiperpigmentación postinflamatoria.

CONCLUSIONES

Según cuestionarios sobre adherencia al tratamiento tópico de la psoriasis, se ha alcanzado consenso en que la adherencia al tratamiento tópico aumenta su eficacia, para lo que es necesario una buena comunicación con el paciente y simplificar el tratamiento usando productos de aplicación cómoda y agradable, ya que una mejor adherencia tiende a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Un 75% de los pacientes con psoriasis prefieren el uso de cremas con base acuosa tanto en clínica cutánea como en cuero cabelludo, por lo que con estos tratamientos la adherencia en mayor en comparación con los pacientes que utilizan formulación en espuma. Por tanto, Wynzora® es una muy buena opción en este tipo de pacientes.
Del mismo modo, y aunque también en pacientes de raza caucásica, es importante el empleo precoz de tratamiento en pieles con fototipo alto para evitar la probable hiperpigmentación postinflamatoria residual.

Bibliografía:

1. Puig 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 (6):488-492.
2. Curcio et al. Patient preferences in topical psoriasis treatment. J Drugs Dermatol 2023; 22 (4):326-32.
3. Wynzora Ficha Técnica. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/86088.html.
4. Carrascosa et al. Revisión actuallizada del tratamiento tópico de la psoriasis. Actas dermosifiliogr 2009; 100 (3):190-200.

Cuando la psoriasis no te deja hacer deporte

Vanessa Gargallo Moneva, María Castellanos González, Nuria Valdeolivas Casillas, Alicia Cabrera Hernández, Blanca Diaz Ley
Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de los pacientes con psoriasis pueden ser muy variadas. Es necesario comprender la idiosincrasia, estilo de vida del paciente y la afectación en su calidad de vida de la enfermedad a la hora de prescribir tratamientos.

ANAMNESIS

Paciente varón no fumador de 45 años con psoriasis desde los 15 años.
Acude a la consulta porque refiere que las placas que tiene en codos, rodillas y empeines no le dejan hacer deporte, se le agrietan y le sangran. Practica artes marciales (aikido) y por ello pasa tiempo en posición arrodillada y sufre muchas caídas en su práctica, que para en parte con brazo/codo. Refiere además que en las clases de aikido mancha su ropa, que es blanca, y la de sus compañeros, de sangre.
Comenta que no quiere hacer tratamiento con pastillas de ninguna manera, ni fototerapia porque no tiene tiempo, ya se lo habían ofrecido otras veces. Ha utilizado clobetasol en pomada que le funciona bien, pero ensucian la ropa y la cama, dice que cuando las usa se tiene que envolver con un plástico para no manchar o si es verano dormir sobre una toalla para proteger las sábanas. También ha probado tratamientos como el calcipotriol/dipropionato de betametasona espuma, pero refiere que ensucia los muebles del baño con el nebulizador y no le gusta. Se ha animado a volver a consultar porque de verdad las lesiones no le dejan hacer vida normal y la práctica de ese deporte es una parte que considera fundamental en su vida.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la exploración presenta placas infiltradas, eritematosas y descamativas en codos, rodillas, región pretibial y empeines con relación a fenómeno de Koebner (figura 1).
Además, descamación en cuero cabelludo.
Medición de escalas de severidad: PASI 9, BSA 5,5% y DLQI 8.
Diagnóstico: psoriasis moderada

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se pautó tratamiento con Wynzora dada su galénica una vez al día durante 2 meses.
Para el cuero cabelludo se pautó un champú en posología semanal a base de ciclopirox 15 mg/ml.
El paciente acudió a la revisión al mes mostrando clara mejoría y satisfacción con el producto (figura 2), lo aplica sin problemas no interfiriendo el tratamiento con su vida diaria, no le mancha la ropa ni las sábanas. Se siente aliviado de no tener que hacer "rituales" para evitar manchar la casa o su ropa cada vez que se lo aplica. Puede practicar deporte con normalidad, ya no sangra ni de duelen las lesiones cuando acaba la clase.
En revisión a los dos meses comenta que se ha mantenido muy bien hasta el fin de la pauta de tratamiento (figura 3). Presenta en la medición de las escalas, PASI 3,3 BSA 5,10% y DLQI 2.



Figura 1. Estado inicial de las placas. Codo derecho



Figura 2. Resultado al mes de tratamiento. Codo derecho



Figura 3. Resultado a los 2 meses de tratamiento. Codo derecho

CONCLUSIONES

El reto en este caso es que el paciente tiene claro los tratamientos que no quiere hacer, pese a que serían buenas opciones para él y explicarle los beneficios posibles, comprende perfectamente pros y contras del tratamiento y decide que no quiere hacer nada que no sea cremas. La combinación de calcipotriol y dipropionato de betametasona ha demostrado ser una alternativa al tratamiento sistémico en psoriasis leves-moderadas.[1] La formulación en crema se considera eficaz y superior en aceptación, pero también en aceptación por parte del paciente lo cual lleva a una mayor adherencia al tratamiento .[2,3,4]
Hemos presentado un paciente que, aunque inicialmente podría considerarse "complicado", "difícil", o "poco colaborador" lo que presentaba eran unas necesidades concretas para las que Wynzora fue el tratamiento perfecto cumpliendo todas sus expectativas.

Bibliografía:

1. Kircik L, Stein Gold L, Teng J, Moore A, Cantrell W, Alonso-Llamazares J, Koo J. Fixed Combination Calcipotriene and Betamethasone Dipropionate (Cal/BD) Foam for Beyond-Mild Psoriasis: A Possible Alternative to Systemic Medication. J Drugs Dermatol. 2020 Aug 1;19(8):723-732. doi: 10.36849/JDD.2020.5300. PMID: 32845591.
2. 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. PMID: 35254765.
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.2021.5653. PMID: 33852251.
4. 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. Epub ahead of print. PMID: 35730211.

El tratamiento tópico como herramienta para evitar el inicio de medicación sistémica

Sara Merino Molina, Gustavo Garriga Martina, Samuel Corral Pavanelo y Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel que afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial. Se caracteriza por placas eritematosas bien delimitadas, con escamas micáceas, que pueden aparecer en cualquier localización, siendo más frecuente en codos, rodillas, cuero cabelludo y región lumbar o interglútea. La gravedad es variable, desde casos leves con pocas lesiones, hasta otros más severos que cubren grandes áreas corporales.

A continuación, presentamos el caso de un paciente de 41 años con psoriasis moderada, que ha mostrado una excelente respuesta al tratamiento tópico.

ANAMNESIS

Varón de 41 años de edad **sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual**, que consulta por **lesiones eritematodescamativas de 20 años de evolución**, que han empeorado en los últimos meses por situación estresante.

Refiere que las lesiones son pruriginosas, cursan a brotes y habitualmente mejoran en verano. Sin embargo, **en el último mes, se encuentra peor, con afectación marcada en su autoestima**, sintiéndose estigmatizado socialmente, lo que le hace llevar ropa que siempre le cubra las lesiones. Además, las lesiones le causan prurito que empeora con el ejercicio y el roce, por lo que ha dejado de hacer deporte y se encuentra con ánimo decaído.

No refiere hábitos tóxicos y **no ha realizado tratamiento previo** para las lesiones cutáneas, dado que habitualmente presentaban un carácter leve e intermitente. Actualmente tampoco ha iniciado aún ningún tipo de medicación.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, se objetivan **lesiones eritematodescamativas**, bien delimitadas, localizadas a nivel de **codos, rodillas, región maleolar y dorso de pies.** No hay afectación de cuero cabelludo ni se evidencian datos de artritis. A la evaluación ungueal, se aprecia *pitting* y manchas de aceite.

- PASI *(Psoriasis Area and Severity Index):* 8,2.
- BSA *(Body Surface Area):* 7
- PGA (*Physician´s Global Assessment*): 3

Se establece, por tanto, el diagnóstico de **psoriasis en placas de gravedad moderada**.



Figura 1. Lesiones basales, previas al inicio de **Wynzora®**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado que nos encontramos ante un **paciente naïve** que no ha realizado tratamientos previos, iniciamos combinación de **calcipotriol/betametasona Wynzora® como tratamiento tópico de inicio**. Se indica al paciente aplicarlo una vez al día durante 8 semanas.

Además, se solicita analítica sanguínea con hemograma y bioquímica básica, para plantear tratamiento sistémico (metotrexato) si se precisa en próxima revisión.

Cuando el paciente acude a consulta **tras 8 semanas de tratamiento**, presenta un aclaramiento completo de las lesiones **(PASI 0) y se encuentra muy satisfecho.** Refiere haber mejorado considerablemente su calidad de vida, pudiendo realizar nuevamente ejercicio físico sin miedo al picor o al empeoramiento de las lesiones. Además, la mejoría clínica ha supuesto un impacto en su autoestima, no sintiéndose estigmatizado y juzgado por sus lesiones cutáneas.



Figura 2. Resolución completa tras 8 semanas de tratamiento.

CONCLUSIONES

- **La combinación de calcipotriol/betametasona Wynzora® es el tratamiento tópico de elección** en psoriasis leve/moderada, especialmente en casos naïve que aún no han iniciado medicación.
- En casos *borderline* (psoriasis leve/moderada) en los que se plantea iniciar tratamiento sistémico, la aplicación de WYNZORA puede demorar el inicio de este tipo de medicación. Esto permite un buen control de la patología, evitando los efectos adversos que habitualmente se asocian al uso de fármacos inmunomoduladores o retinoides orales.

Bibliografía:

1. Yi Zhao et al. Systematic review and practical guidance on the use of topical calcipotriol and topical calcipotriol with betamethasone dipropionate as long-term therapy for mild-to-moderate plaque psoriasis. J Dermatol. 2021;48(7):940-960.
2. Adam Reich 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;38(9):1521-1529.
3. A Pinter et al. Randomized Phase 3 trial demonstrating high efficacy, favourable safety and convenience of a novel calcipotriol and betamethasone dipropionate cream for the treatment of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(11):2327-2335.

La unión hace la fuerza

Joseba Ugedo Alzaga, Manuel Pascual Ares, Jose María Villa-Gonzalez y Juan Antonio Ratón Nieto
Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia 48903

INTRODUCCIÓN

Wynzora® es un tratamiento tópico recientemente lanzado para tratar la psoriasis vulgar, incluyendo el cuero cabelludo. Este medicamento combina calcipotriol y betametasona en concentraciones de 50 microgramos/g y 0,5 mg/g (CAL/BD). Su innovadora formulación en crema, desarrollada con la tecnología PAD™, ha sido diseñada para mejorar la estética en comparación con otros tratamientos tópicos disponibles, buscando así una mayor satisfacción y calidad de vida (QoL) para el paciente.

ANTECEDENTES

Mujer de 21 años.
Estudiante de Medicina.
No alergias medicamentosas conocidas.
Antecedentes familiares de Psoriasis.
Sin antecedentes personales de interés.

ANAMNESIS

La paciente consulta por aparición de lesiones pruriginosas en tronco, espalda y extremidades superiores de aparición reciente coincidiendo con periodo de estrés en relación con exámenes finales. No refería lesiones similares previas, ni inicio de nuevas mediaciones, ni productos tópicos. Tampoco refería viajes al extranjero. En la anamnesis por aparatos no refería otra clínica acompañante.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se observaban placas eritemato-descamativas de pequeño tamaño que confluían en tronco, espalda baja, extremidades superiores y muslos, con afectación de codos y rodillas.
No presentaba afectación de cuero cabelludo ni uñas. Se realizó raspado metódico de Broq con visualización del signo de Auspitz. No se realizó biopsia a petición de la paciente.
PASI 9.
IGA 3.
BSA 15%.
Diagnóstico: Psoriasis en placas moderada.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado el inicio de psoriasis con primer brote se ofreció a la paciente iniciar tratamiento sistémico con metotrexato o ciclosporina, pero debido a la edad de la paciente y a los posibles efectos secundarios asociados al uso de estas medicaciones, la paciente declinó su uso. Ante esta situación y la llegada del verano se decidió iniciar fototerapia con luz solar explicando medidas de foto protección y asociar CAL/BD en crema para las zonas más afectas. Se decidió usar la crema y no la espuma o pomada porque la paciente toleraba mejor la aplicación de la crema.
Se propuso realizar sesiones de sol sin crema durante 1 o 2 horas, entre las 9 y las 11 de la mañana y las 4 y las 6 de la tarde con CAL/BD crema 1 vez al día durante 2 meses. Tras dicho periodo se visualizó aclaramiento de las lesiones.



Figura 1. Brote de psoriasis



Figura 2. Tras 1 mes de combinación



Figura 3. Tras el verano

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La fototerapia ha demostrado ser un tratamiento seguro y rentable para la psoriasis. Sin embargo, requiere que los pacientes se desplacen varios días a la semana a un centro hospitalario. Una alternativa durante el verano es aprovechar la playa para el mismo propósito.
La crema CAL/BD es una terapia efectiva, aprobada y comercializada para el tratamiento de la psoriasis en placas y en el cuero cabelludo. Su innovadora formulación a base de tecnología PAD™ (*oil in water*) presenta una fase interna de aceite estabilizada mediante la encapsulación en una estructura multimolecular emulsionante, lo que permite obtener un producto más fluido y mejor tolerado por los pacientes.
Por estas razones, la crema CAL/BD se posiciona como un tratamiento de primera línea para la psoriasis en placas de leve a moderada. En el estudio de Bagel et al., se analizó la eficacia de la terapia combinada de fototerapia y la asociación de derivados de vitamina D con corticoides de alta potencia, mostrando un efecto sinérgico. Esto permite controlar la enfermedad y evitar los efectos adversos de los inmunosupresores clásicos como la ciclosporina y el metotrexato, especialmente en mujeres en edad fértil.

Bibliografía:
1. Aemps.es. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/86088/86088_ft.pdf [citado el 27 de mayo de 2024].
2. García N, Guiró P, Galván J, Crutchley N, Praestegaard M, Iversen L, et al. Sensory properties analysis of a calcipotriol and betamethasone dipropionate cream vehicle formulated with an innovative PAD Technology for the treatment of plaque psoriasis on the skin and scalp. Drugs in context. 2023;12:2023-2-8. doi: 10.7573/dic.2023-2-8.
3. Licata G, Arisi M, Venturini M, Rossi M, Tomasi C, Calzavara-Pinton I, et al. Pretreatment with an Aerosol Foam Containing Calcipotriene and Betamethasone Strongly Improves the Efficacy of Narrow-Band UVB Phototherapy. Dermatol Ther. 2022;12(9):2161-2171. doi: 10.1007/s13555-022-00792-0.
4. Bagel J, Gold LS. Combining Topical Psoriasis Treatment to Enhance Systemic and Phototherapy: A Review of the Literature. J Drugs Dermatol. 2017;16(12):1209-1222.

Wynzora®, a “wyn to wyn”.

Elia Boza Villar, Samuel Corral Pavanelo, Sara Merino Molina, Enrique Herrera Acosta.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

Paciente **varón** con **psoriasis en placas** en tratamiento con **Adalimumab** con buen control. Acude a consulta por **persistencia** de **lesiones** a nivel de **dorso** de ambas **manos** que le resultan molestas en su trabajo como mecánico. Se decide r**eforzar tratamiento sistémico** con **inicio** de **Wynzora®** crema, con resolución total de las lesiones.

ANAMNESIS

Paciente **varón** de **42 años** que acude a la Unidad de Psoriasis. Diagnosticado de **psoriasis en placas** desde hace más de 20 años, actualmente se encuentra en tratamiento únicamente con **Adalimumab** 40 mg cada 2 semanas, **sin aplicar tópicos**.
En consulta sólo se aprecian lesiones eritematodescamativas en codos, rodillas y dorso de ambas manos **PASI 4, BSA 3, PGA 1** *(Figura 1).*
El paciente, a pesar de sentirse **bien controlado** indica le gustaría una **mayor mejoría en las manos** ya que trabaja como mecánico y éstas son las **zonas más visibles y molestas en su día a día.** De esta forma, debido al buen control del paciente, antes de plantear cambio de diana decidimos hacer hincapié en el **tratamiento tópico.**

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Lesiones eritematodescamativas en codos, rodillas y dorso de ambas manos PASI 4, BSA 3, PGA 1 *(Figura 1).*

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Iniciamos **Wynzora®** a diario durante 10 días y posteriormente lunes, miércoles y viernes de mantenimiento.
En nueva **revisión** tras dos meses de tratamiento tópico se aprecia una **resolución completa de las lesiones** en ambas manos *(Figura 2).*



Figura 1. Placas eritematodescamativas en dorso de manos



Figura 2. Resolución total de lesiones

CONCLUSIONES

En pacientes que reciben terapias biológicas sin llegar a alcanzar un adecuado control no siempre es necesario realizar un cambio de diana, ya que a veces pueden recuperarse respuestas óptimas al añadir tratamiento tópico.

Bibliografía:
1. Præstegaard M, 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;
2. Praestegaard M, et al. 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; .
3. Stein Gold L, et al. A Phase 3, Randomized Trial Demonstrating the Improved Efficacy and Patient Acceptability of Fixed Dose Calcipotriene and Betamethasone Dipropionate Cream. J Drugs Dermatol. 2021;20(4):420-425

Tatuajes y psoriasis. Una mala combinación

Pablo Fernández-Crehuet Serrano y José Luis Fernández-Crehuet Serrano
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
Clínica Fernández-Crehuet de Córdoba

INTRODUCCIÓN

El fenómeno isomórfico de Koebner, se caracteriza por la aparición de lesiones típicas de una dermatosis después de un traumatismo local, en áreas de la piel previamente no afecta. Se desconoce el mecanismo y clásicamente se ha relacionado con la psoriasis, aunque puede aparecer en otras enfermedades como el vitíligo y el liquen plano. Los pacientes con psoriasis que desean realizarse un tatuaje deben ser advertidos de la posibilidad de esta reacción.

ANAMNESIS

Varón de 36 años que acude por la presencia de erupción cutánea en brazo y antebrazos izquierdos, sobre un tatuaje realizado 1 mes antes. El paciente no refería antecedentes personales de interés ni había presentado placas similares anteriormente.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, se apreciaban placas eritemato-descamativas hiperqueratósicas sobre las líneas del tatuaje. También presentaba lesiones similares en dorso de manos y miembros inferiores. Se realizó el diagnóstico de reacción de Koebner sobre tatuaje en paciente con psoriasis.





Figura 1. Pacas de psoriasis en zona de tatuaje y dorso de mano izquierda

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante la sospecha diagnóstica, se pautó calcipotriol/betametasona crema (Wynzora®) por la noche, en zonas afectadas y dada su extensión, se solicitó hemograma completo, bioquímica general y estudio hepático para iniciar tratamiento con ciclosporina o metotrexato. Al mes, se revisó al paciente para valoración de inicio de tratamiento sistémico propuesto apreciando una resolución completa de las lesiones con tratamiento tópico.

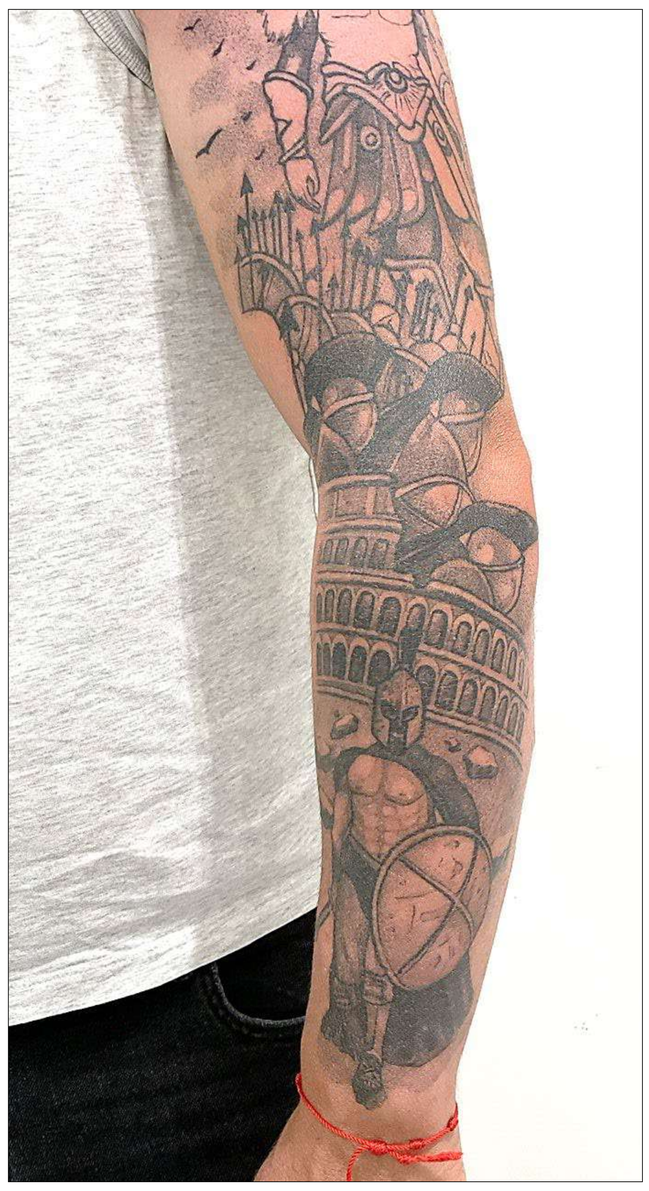




Figura 2.

CONCLUSIONES

Presentamos un paciente con psoriasis que desarrolló un fenómeno de Koebner secundario a un tatuaje que respondió de forma excepcional a tratamiento tópico diario con Wynzora® durante un mes. Debemos advertir a los pacientes con psoriasis del posible desarrollo de estas reacciones tras un trauma cutáneo y en particular, a tatuajes, y sugerimos la posibilidad del manejo con tratamiento tópico en algunos casos como éste.

Bibliografía:

1. Kluger N, Estève E, Fouéré S, Dupuis-Fourdan F, Jegou MH, Lévy-Rameau C. Tattooing and psoriasis: a case series and review of the literature.Int J Dermatol. 2017;56:822-827
2. Wynzora® crema. Ficha técnica. Disponible en https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/86088/86088_ft.pdf

Cuero cabelludo: la importancia del excipiente

Eduardo López Vera[1], Trinidad Martín González[1], Andrea Monedero de la Orden[1]
[1] Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la psoriasis del cuero cabelludo entre los pacientes con psoriasis es alta, y su impacto en la calidad de vida es considerable debido a la morbilidad psicosocial que conlleva. La gestión de esta condición presenta desafíos únicos, incluyendo la aplicación de tratamientos tópicos y la resistencia al tratamiento. A pesar de la variedad de opciones terapéuticas disponibles, la combinación de calcipotriol y betametasona ha demostrado ser particularmente efectiva. En el presente estudio, se investiga un enfoque terapéutico que utiliza esta combinación en una formulación de crema. Los resultados indican que este método puede tener implicaciones positivas para la adherencia al tratamiento y, en última instancia, para la eficacia del mismo

ANAMNESIS

Presentamos el caso de un paciente varón de **46 años**, de profesión consultor de ventas en un concesionario y antecedente personal de síndrome **ansioso-depresivo** en tratamiento activo por parte del servicio de psiquiatría del hospital, con diagnóstico de psoriasis en placas leve-moderada desde los 20 años, que ha tratado siempre con betametasona y calcipotriol en excipiente pomada y recientemente con excipiente espuma, con mejoría parcial de las lesiones, sin resolución.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente acude nuevamente a consulta por un brote de placas de psoriasis en cuero cabelludo con afectación del 38,3% del mismo, con importante prurito y molestias asociadas a la descamación, que había tratado en un primer momento con clobetasol en excipiente champú, sin mejoría (Figuras 1A y 2A).

El paciente solicitaba tratamiento para su psoriasis y manifiesta el malestar y distrés emocional que le producen las lesiones, así como una importante repercusión en su ambiente sociolaboral, con un índice dermatológico de calidad de vida (**DLQI**) de **18**, lo que implica un **gran impacto**.

Diagnóstico: **Psoriasis de cuero cabelludo**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dada la amplitud del brote y el rechazo del paciente a terapias sistémicas, se optó por aplicar un producto cuya farmacocinética permitiese mayor disponibilidad epidérmica del producto vehiculado (tecnología PAD), por lo que se aplicó Wynzora® crema (50 microgramos/g + 0,5 mg/g en crema de calcipotriol/betametasona) según ficha técnica en monoterapia, para facilitar la adherencia terapéutica debido a su mayor cosmeticidad, rapidez y facilidad de aplicación en áreas pilosas, en un régimen de 1 aplicación al día durante 4 semanas, y posteriormente 2 veces en semana de mantenimiento.

Al cabo de 14 días, el paciente había presentado resolución completa de la mayoría de las placas de psoriasis de cuero cabelludo, con mejoría parcial y afectación residual del 8% del cuero cabelludo y una reducción dramática del DLQI a 2 (Figura 1B y 2B).

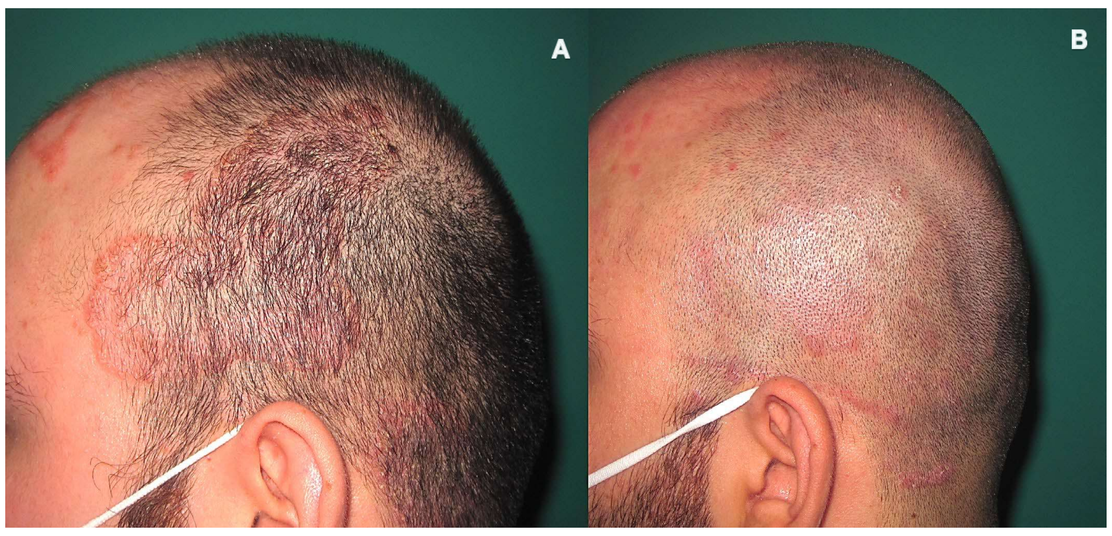


Figura 1. Visión lateral de psoriasis de cuero cabelludo, se aprecian placas arciformes eritematosas y exudativas extensas. (A) antes del tratamiento. (B) después del tratamiento

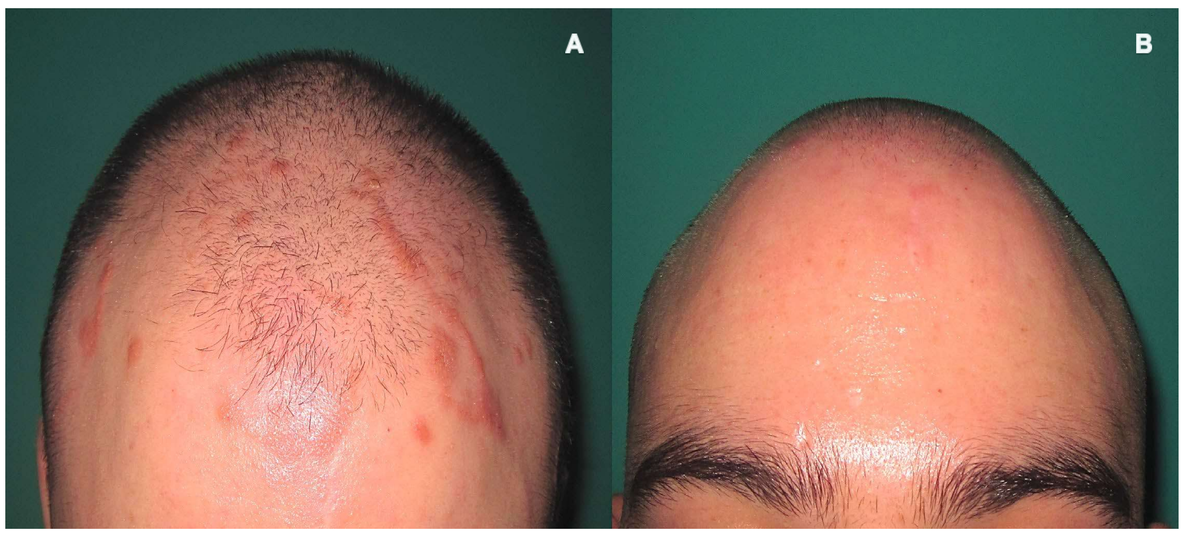


Figura 2. Visión frontal de psoriasis de cuero cabelludo, se aprecian placas arciformes eritematosas y exudativas extensas. (A) antes del tratamiento. (B) resolución después del tratamiento

CONCLUSIONES

- La psoriasis de cuero cabelludo se observa en la mayoría de los pacientes con psoriasis, y su afectación produce habitualmente una morbilidad psicosocial significativa[1]. El manejo de la psoriasis de cuero cabelludo es difícil, en parte debido a la dificultad de aplicación de agentes tópicos y su naturaleza refractaria[1-3].
- Aunque se han descrito distintos tratamientos tópicos eficaces, el tratamiento combinado con calcipotriol y betametasona se ha demostrado como el de mayor efectividad[1,2].
- **Tecnología PAD:** La tecnología de dispersión de poliafrón (PAD), empleada en Wynzora®, facilita una liberación más efectiva del medicamento en la epidermis, esencial para el tratamiento de la psoriasis. Esta teoría está respaldada por estudios que evidencian una mayor recuperación de dipropionato de betametasona (BDP) en comparación con las formulaciones tradicionales.[4]
- Wynzora® se posiciona por tanto como una alternativa **segura y eficaz** en áreas de difícil tratamiento como el 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. PMID: 35946971.
2. Reid C, Griffiths CEM. Psoriasis and Treatment: Past, Present and Future Aspects. Acta Derm Venereol. 2020 Jan 30;100(3):adv00032. doi: 10.2340/00015555-3386. PMID: 31971601; PMCID: PMC9128930.
3. Ramic L, Sator P. Topical treatment of psoriasis vulgaris. J Dtsch Dermatol Ges. 2023 Jun;21(6):631-642. doi: 10.1111/ddg.15042. Epub 2023 May 26. PMID: 37235479.
4. Draelos, Z. D., Draelos, M. M., Steele, F., Georgiou, M., & Praestegaard, M. (2023). Enhanced Skin Deposition of Betamethasone Dipropionate from a Novel Formulation and Drug Delivery Technology. Dermatology and therapy, 13(8), 1763–1771. https://doi.org/10.1007/s13555-023-00959-3

Una correcta adherencia al tratamiento tópico puede ahorrar un tratamiento sistémico

Pablo Marino Castro García[1], Gloria Aparicio Español[1], Jordi Mollet Sánchez[1], Vicente García-Patos Briones[1].
1. Servicio Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de un hombre de 60 años, sin alergias medicamentosas y fumador activo de 10 cigarrillos de tabaco al día. Como antecedentes patológicos padece hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y trastorno ansioso-depresivo, motivo por el cual se encuentra en tratamiento con insulina, metformina, simvastatina, citalopram y gliclazida. Es remitido a través de teledermatología a consultas externas de dermatología por psoriasis refractaria a tratamiento tópico.

ANAMNESIS

Refiere psoriasis en placas desde los 50 años de edad, con afectación predominantemente en codos, rodillas, glúteos y cuero cabelludo. Manifiesta importante prurito asociado, con una puntuación de 9/10 en la escala visual analógica (EVA) del picor. Como tratamientos previos solo ha realizado tratamiento tópico. Actualmente aplica **Wynzora** pero de forma irregular, con mejoría inicial, pero con rápida recidiva tras la interrupción del tratamiento. No realiza el tratamiento proactivo con dos aplicaciones de **Wynzora** a la semana.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la exploración física, encontramos placas eritemato-descamativas, infiltradas, con abundantes signos de rascado, afectando a codos y antebrazos (figura 1) y región lumbar, con afectación más discreta en región pretibial y cuero cabelludo. No se objetiva onicopatía psoriásica. Se establece el diagnóstico clínico de psoriasis en placas, con un *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) de 10 y *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) de 20. Ante la posibilidad de requerir tratamiento sistémico inmunosupresor para el control de la enfermedad, se solicita una analítica sanguínea completa basal y radiografía de tórax.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Inicialmente se indica tratamiento con Wynzora crema aplicando 1 vez al día hasta la resolución de las placas y posteriormente la realización del tratamiento proactivo con una aplicación dos noches no consecutivas por semana. Se programa una visita sucesiva presencial de control a los 3 meses.

En la visita de control, el paciente refiere haber aplicado Wynzora crema cada noche durante las 3 primeras semanas y, posteriormente y hasta el momento actual, realiza el tratamiento dos noches a la semana. Refiere una mejoría importante del prurito, calificándolo con un EVA 2/10.

En la exploración física, se objetiva una significativa reducción del grosor e hiperqueratosis de las placas, observando un eritema rosado residual tanto en codos (figura 2) como en región lumbar. Las lesiones en cuero cabelludo y región pretibial también mejoraron significativamente. Se objetivó una reducción del PASI a 3 y del DLQI a 5.

Dada la buena respuesta al tratamiento tópico correctamente aplicado, se desestima el inicio de tratamiento sistémico inmunosupresor con metotrexato, evitando las posibles comorbilidades del mismo. Tras 9 meses de seguimiento, el paciente mantiene la buena respuesta con una excelente tolerancia al tratamiento.





Figuras 1 y 2: placas de psoriasis en codos y antebrazos antes (1) y después (2) del tratamiento con Wynzora.

CONCLUSIONES

- La combinación de corticoides tópicos y análogos de la vitamina D constituye el tratamiento tópico de elección para la psoriasis en placas (1).
- Es fundamental la correcta adherencia al tratamiento tópico para conseguir una buena respuesta. La combinación de tratamiento activo con Wynzora seguida de un tratamiento proactivo puede ser eficaz en el mantenimiento de la respuesta, previniendo recidivas y sin asociar efectos secundarios cutáneos (2).
- No debemos desestimar la respuesta al tratamiento tópico en formas leves/moderadas de psoriasis en placas ya que en ocasiones pueden ahorrarnos la necesidad de escalar a tratamientos sistémicos inmunosupresores.

Bibliografía:

1. Armstrong AW, Read C. Pathophysiology, Clinical Presentation, and Treatment of Psoriasis: A Review. JAMA. 2020 May 19;323(19):1945–60.
2. Lebwohl M, Kircik L, Lacour JP, Liljedahl M, Lynde C, Mørch MH, et al. Twice-weekly topical calcipotriene/betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial). J Am Acad Dermatol. 2021 May;84(5):1269–77.

Skilarence®

1 Skilarence como mejor opción terapéutica en una mujer joven con psoriasis. 116

2 Eficacia de Skilarence en el tratamiento de la psoriasis en localizaciones de difícil tratamiento 117

3 Skilarence, una alternativa eficaz en pacientes con síndrome metabólico 118

4 Psoriasis moderada y deseo gestacional: Skilarence sí responde 119

5 Skilarence: Un clásico subestimado en psoriasis. Manejo exitoso del paciente con comorbilidades 120

6 Skilarence responde: un reto en la consulta. 121

7 Las comorbilidades como condicionantes de la elección de tratamiento sistémico para la psoriasis. 122

8 Brote de psoriasis durante el tratamiento quimioterápico del cáncer: el impacto en la calidad de vida 123

9 Un tratamiento adaptado a cada perfil de paciente. 124

10 Juventud y sol. Dos factores a tener en cuenta en el tratamiento de la psoriasis . . 125

11 Skilarence: abordando la psoriasis en placas y más allá 126

12 Psoriasis en placa grave pruriginosa en paciente con síndrome metabólico: un reto terapéutico con Skilarence. 127

13 Psoriasis moderada y pacientes oncológicos: valoración de las diferentes herramientas terapéuticas actuales 128

14 Oncología y psoriasis palmo-plantar. Una pareja difícil de abordar 129

15 A manos con la psoriasis 130

16 Cuando la ciencia logra la magia 131

17 Skilarence®: un fármaco efectivo y seguro 132

Skilarence como mejor opción terapéutica en mujer joven con psoriasis

Marina Romero Bravo, José Antonio Llamas Carmona, Gloria de la Vega Calvo Moreno, Ana Serrano Ordoñez
Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad cutánea caracterizada por la presencia de placas eritematodescamativas, principalmente a nivel de codos, rodillas y cuero cabelludo.

Se trata de una enfermedad con gran impacto en la vida de los pacientes, ya que se relaciona con comorbilidades cardiovasculares, metabólicas y psicosociales.

CASO CLÍNICO

Anamnesis. Mujer de 33 años con psoriasis en placas de más de 10 años de evolución. No tenía otros antecedentes personales de interés. No ha realizado nunca tratamiento sistémico, tratando los distintos brotes con calcipotriol/betametasona, aunque este último brote no consigue controlarlo con tratamiento tópico.

Exploración y diagnóstico. Placas eritematodescamativas de configuración anular en parte alta de espalda, escote, cuero cabelludo y miembros superiores.

Dada su configuración anular y la llamativa distribución de predominio en hemicuerpo superior se toma biopsia punch para descartar otros procesos tipo lupus subagudo. La histología confirmó una dermatitis psoriasiforme, por lo que se llega al diagnóstico de psoriasis.

Tratamiento. La paciente nos contó en consulta su deseo de ser madre lo antes posible, por lo que rechazaba tratamientos en los que estuviese contraindicada la gestación meses después de su suspensión. Además, la paciente era reticente a iniciar tratamientos con toxicidad sistémica importante o que no fuesen administrados por vía oral. Por ello, se consensuó con la paciente iniciar Dimetilfumarato (Skilarence).

Se inició tratamiento con 30 mg al día con subida progresiva semanalmente hasta alcanzar 120 mg en la semana 4. Dado que en esa semana la respuesta clínica era evidente y la paciente había presentado episodios de rubefacción autolimitados, se mantuvo esa dosis.

No se observó toxicidad sistémica en las analíticas de control.

A los 8 meses la paciente había mejorado notablemente, observándose en la región dorsal hipopigmentación residual y pequeñas placas en gotas que la paciente maneja con tratamiento tópico.



Figura 1. Región dorsal previo a inicio de tratamiento y región dorsal a los 8 meses de tratamiento.



Figura 2. Región cervical y dorsal alta al inicio y 8 meses tras tratamiento.



Figura 3. Escote al inicio y a los 8 meses de tratamiento.

CONCLUSIONES

- Aportamos el caso de una paciente joven con psoriasis extensa. Tenía deseos gestacionales y era reticente a iniciar tratamientos con importante toxicidad sistémica o que no fuesen administrados por vía oral. Dado que Skilarence no requiere un “periodo de lavado” en el que se debe evitar la gestación tras su uso, y dada su cómoda administración por vía oral, se decidió iniciar tratamiento con este fármaco. Se consiguió el control de la enfermedad con dosis bajas del fármaco.
- Los efectos secundarios más frecuentes son la intolerancia gastrointestinal, rubefacción y linfopenia. Nuestra paciente experimentó rubefacción las primeras semanas, pero fue de carácter leve y se autolimitó en el tiempo. La paciente no experimentó intolerancia gastrointestinal, ya que se hizo una subida de dosis escalonada, y se le indicó tomar los comprimidos con alimento.
- Actualmente no se recomienda el uso de dimetilfumarato durante el embarazo. Sin embargo, al estudiar a las mujeres expuestas a este fármaco durante la gestación, no se observó con efectos adversos (1). Aunque no lo indiquemos durante el embarazo, parece una opción interesante en mujeres con deseos gestacionales inmediatos y que desean iniciar la gestación tan pronto como sea posible tras interrumpir el tratamiento sistémico de psoriasis.
- En conclusión, Skilarence es un fármaco efectivo y seguro, de cómoda administración por vía oral y útil en mujeres jóvenes con deseo gestacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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 Mar 14;14(1):9091. doi: 10.4081/dr.2022.9091. PMID: 35371425; PMCID: PMC8969877.
2. Corazza M, Odorici G, Conti A, Di Lernia V, Motolese A, Bardazzi F, Di Nuzzo S, Monti A, Arginelli F, Filippi F, Valpiani G, Morotti C, Borghi A. Dimethyl fumarate treatment for psoriasis in a real-life setting: A multicentric retrospective study. Dermatol Ther. 2021 Sep;34(5):e15066. doi: 10.1111/dth.15066. Epub 2021 Aug 2. PMID: 34291547; PMCID: PMC9286462.

Eficacia de Skilarence en el tratamiento de la psoriasis en localizaciones de difícil tratamiento

José Antonio Llamas Carmona, Ana Serrano Ordóñez, Gloria de la Vega Calvo Moreno
Servicio de Dermatología Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN

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 otros.

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.

Existen múltiples opciones terapéuticas dependiendo de la severidad de la enfermedad, así como de las características del paciente. Áreas como el cuero cabelludo, palmas-plantas y uñas se consideran de difícil tratamiento por su escasa respuesta a los mismos.

ANAMNESIS

Varón de 34 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Obeso. No refería antecedentes personales de interés. No es fumador ni consume alcohol de forma habitual.

Presenta psoriasis en placas diagnosticado a los 20 años (14 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 Y DIAGNÓSTICO

Se aprecian múltiples lesiones papuloescamosas eritematosas, bien delimitadas, ligeramente pruriginosas, en forma de pequeñas gotas que se agrupan dando lugar a grandes placas distribuidas extensamente, ocupando casi en la totalidad de la espalda (figura 2a), tronco, así como en miembros superiores, miembros inferiores, cuero cabelludo (figura 2b) y gran afectación ungueal en dedos de las manos, con manchas de aceite, pitting y onicólisis (figura 1). No presenta lesiones a nivel palmoplantar, pliegues ni a nivel genital.

De acuerdo con la historia clínica y con los hallazgos de la exploración física se llegó al diagnóstico de psoriasis en placas con afectación de zonas difíciles como son el cuero cabelludo y las uñas.

Se calcularon los valores de PASI: 14,3; BSA: 41 ; DLQI: 15 y NAPSI: 24,8

Se solicitó una analítica sanguínea en la que destacaban niveles elevados de colesterol (263 mg/Dl) y triglicéridos (206 mg/dL). Hemograma y resto de bioquímica normal, incluyendo serologías para VIH, VHB y VHC.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado los valores de PASI, BSA, NAPSI 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.

Tras seis meses de tratamiento, habiendo alcanzado la dosis diaria de 120 mg - 120 mg - 240 mg el paciente experimentó una mejoría muy significativa con aclaramiento prácticamente completo (imagen 4a) alcanzando valores de PASI, BSA y NAPSI cercanos al 0. Además, las lesiones a nivel ungueal y del cuero cabelludo habían desaparecido por completo (figuras 3 y 4).

El paciente refirió que, a las 8 semanas de empezar el tratamiento, alcanzando una dosis de 240 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 - 240 mg) y metoclopramida, con lo que se resolvió en cuestión de 3 días y no se han repetido de nuevo. Actualmente se mantiene con PASI 0 y sin efectos adversos. Además, 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.

CONCLUSIONES

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 crónico.[1] 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 arterial.[2]
Además, Skilarence® no tiene interacciones conocidas con otros fármacos y su eficacia clínica y perfil de seguridad a largo plazo han sido descritos incluso en zonas de difícil tratamiento como cuero cabelludo, palmoplantar y uñas (78,8%, 57,3% y 56,8% aclaramiento total o casi total a las 52 semanas respectivamente).[3]
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. Alteraciones ungueales en prácticamente todos los dedos de las uñas de las manos.



Figura 2. Placas eritematodescamativas en espalda y cuero cabelludo



Figura 3. Aclaramiento completo de las lesiones en manos a los 6 meses de tratamiento con Skilarence



Figura 4. Aclaramiento completo de las lesiones a los 6 meses de tratamiento con Skilarence

BIBLIOGRAFÍA:

1. 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.
2. Ruan Z, Lu T, Chen Y, et al. Association Between Psoriasis and Nonalcoholic Fatty Liver Disease Among Outpatient US Adults. *JAMA Dermatol*. 2022;158(7):745-753.
3 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.

Skilarence, una alternativa eficaz en pacientes con síndrome metabólico

Elia Boza Villar, Samuel Corral Pavanelo, Sara Merino Molina, Enrique Herrera Acosta.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

INTRODUCCIÓN

Paciente **varón** con **psoriasis severa** en placas resistente a tratamiento tópico y **antecedentes de hábito enólico y síndrome metabólico**. Dados los antecedentes se decide inicio de **Skilarence**, experimentando una gran mejoría con **resolución completa** de las **lesiones**.

ANAMNESIS

Paciente **varón** de **66 años** con **hábito enólico moderado** y **síndrome metabólico** que acude a la **Unidad de Psoriasis** en septiembre de 2023 derivado por su Médico de Atención Primaria: "Derivo varón con psoriasis en placas desde hace 3 años **sin mejoría** a pesar de haber **realizado múltiples tratamientos tópicos**. Presenta **fobia a las agujas** y no consigo encontrar alternativas".
El paciente acude a consulta donde se aprecian lesiones que afectan predominantemente a tronco con **PASI 18, BSA 15, PGA 5** *(Figuras 1 y 2)*, por lo que se plantea inicio de tratamiento sistémico.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se aprecian placas eritematodescamativas confluentes en región abdominal, pectoral y espalda PASI 18, BSA 15, PGA 4 *(Figuras 1 y 2)*.

Diagnóstico: Psoriasis severa en placas.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dados los antecedentes del paciente se decide **inicio de Skilarence** a dosis de 30 mg, realizando incrementos semanales hasta alcanza máxima dosis tolerada por el paciente con control adecuado de las lesiones.
Acude nuevamente a **revisión** en Enero de 2024 a la Unidad de Psoriasis. Se encuentra **muy bien** y **sin haber sufrido eventos adversos**, presentando actualmente un **PASI 1, BSA 1, PGA 1** *(Figuras 3 y 4).*

CONCLUSIONES

Dada la **gran mejoría clínica** conseguida en el paciente con **Skilarence** recomendamos continuar seguimiento en las consultas de Dermatología, con **descenso paulatino de la dosis** hasta alcanzar **una dosis mínima eficaz,** que permita un **buen control** de las lesiones.



Figura 1. Placas eritematodescamativas confluentes en región abdominal y pectoral.



Figura 2. Placas eritematodescamativas confluentes en región de espada.



Figura 3. Resolución de lesiones con ligera hipopigmentación residual.



Figura 4. Resolución de lesiones con ligera hipopigmentación residual.

Bibliografía:

1. Balak DMW. Fumaric acid esters in the management of psoriasis. Psoriasis: Targets and Therapy. 2015;5:9-23.
2. 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):429-35
3. Skilarence®. Ficha técnica. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Centro de Información del Medicamento. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1171201004/FT_1171201004.pdf.

Psoriasis moderada y deseo gestacional: Skilarence sí responde.

Navarro Guillamón, Pedro J. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN

- La Psoriasis es una patología con una **prevalencia** de entre el **1-4%** de la población.
- Uno de los picos de incidencia se sitúa entre la segunda y tercera década de la vida, siendo importante valorar el **deseo gestacional** de los pacientes con psoriasis moderada-severa que precisan de **tratamiento sistémico.**

CASO CLINICO

- **Mujer** de 34 años. Psoriasis de 10 años de evolución sin clínica articular.
- Antecedentes personales: **obesidad**, esteatohepatitis no alcohólica (**EHNA**).
- Tratamientos previos: calcipotriol/betametasona, fototerapia, metotrexato (elevación de transaminasas).
- PASI **8.4**, BSA 6 con afectación **palmoplantar**.
- Nos manifiesta posible **deseo gestacional a corto-medio plazo**.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

- Se decidió inicio de Skilarence por deseo gestacional y EHNA.
- Realizamos **ascenso personalizado de dosis gradual** asistido por el programa Skilarence responde guiado por **tolerancia digestiva** y hábitos dietéticos **mediterráneos** (figura 1)
- **Blanqueamiento completo** con dosis de **360 mg/día**.
- Persiste blanqueada con dosis de **60 mg/día en semana +120** de seguimiento (Figuras 2, 3, 4).
- **Sin efectos adversos graves** ni alteraciones analíticas en el seguimiento.
- Gracias a la **semivida de eliminación de 2 h** del fármaco, consensuamos suspensión del tratamiento y **búsqueda directa de embarazo.**

CONCLUSIONES

- El tratamiento sistémico del paciente con psoriasis moderada-severa en edad fértil supone un **reto terapéutico.**
- La **corta semivida de eliminación** de Skilarence supone una importante ventaja frente a otros tratamientos sistémicos.
- Skilarence representa una **alternativa terapéutica** a considerar en pacientes jóvenes con **posible deseo gestacional.**



Figura 1. Posología personalizada



Figura 2. Respuesta terapéutica a nivel plantar



Figura 3. Respuesta terapéutica a nivel palmar



Figura 4. Respuesta terapéutica en miembro inferior

Skilarence: un clásico subestimado en psoriasis. Manejo exitoso del paciente con comorbilidades.

Eduardo López Vera[1], Daniel Jesús Godoy Díaz[1], Alejandro Arroyo Córdoba[1], Rubén Muriel Cantarero[1]
[1]Servicio de Dermatología del Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una patología inflamatoria cutánea de implicación sistémica e importante trasfondo genético y ambiental. Las lesiones suelen darse en zonas expuestas, a menudo con fuerte impacto psicosocial en el paciente, condicionando su estilo de vida. Además, esta patología suele acompañarse de la coexistencia con otras comorbilidades, que pueden comprometer el tratamiento y la evolución del paciente, por lo que dicho tratamiento debe ser individualizado.
El propósito de este trabajo es describir el caso de un paciente varón de 59 años con psoriasis y otras comorbilidades, candidato a tratamiento con Skilarence®. Para ello usaremos escalas de evaluación de la psoriasis como el porcentaje de superficie corporal afecta (BSA), el Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI) y el impacto en su calidad de vida, medido por el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI).

ANAMNESIS

Paciente varón de 59 años que consulta por psoriasis 15 años de evolución, tras aparición de un nuevo brote y reciente empeoramiento a pesar de tratamiento tópico. El paciente no presenta antecedentes familiares de psoriasis, tampoco historia personal de enfermedad inflamatoria intestinal u otros trastornos gastrointestinales graves. Como antecedentes personales presentaba **dislipidemia** combinada, **obesidad** grado I y **esteatosis** hepática no alcohólica sin signos de insuficiencia hepática.
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 e importantes síntomas de ansiedad. El paciente había sido tratado previamente con betametasona/calcipotriol de forma tópica y fototerapia, con control insuficiente del proceso.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración se observaron placas infiltradas, intensamente eritematosas y descamativas de predominio en tronco (Figura 1), y extremidades (Figura 1b-c), con **BSA 18%** y un **PASI** de **12**. El paciente pesa 93 kg y mide 1,73 m, con un **IMC** (índice de masa corporal) de **31** kg/m^2. Además de un estudio reciente de serologías negativo, el paciente se realizó una analítica sanguínea en la que se apreciaba discreta elevación de enzimas hepáticas: AST (aspartato aminotransferasa) 51, ALT (alanina aminotransferasa) 72; elevación de TG (triglicéridos) en sangre (TG 192). La medición del DLQI objetivaba un gran impacto en la calidad de vida del paciente (**DLQI = 16**)
Se diagnosticó por tanto al paciente de **psoriasis cutánea moderada-severa**.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante el fracaso de la terapia tópica y **contraindicación** de inmunosupresores clásicos como el **metotrexato** o retinoides como el **acitretino** por las comorbilidades **hepáticas**, así como presumible necesidad de un tratamiento **eficaz y seguro a largo plazo**, consideramos iniciar Skilarence® según ficha técnica, comenzando con un comprimido diario de 30 mg durante la cena, con ascenso progresivo hasta dosis mínima eficaz tolerable. Además, se facilita al paciente el teléfono de contacto de Skilarence® Responde, para poder consultar ante cualquier duda o complicación que pueda surgir durante el tratamiento.
El paciente acude a las 6 semanas de haber comenzado Skilarence®, presentando una notable mejoría de sus lesiones cutáneas. Ha podido alcanzar la dosis de 120 mg al día. Durante el ascenso de dosis, el paciente presentó un episodio de rubefacción facial (flushing), que mejoró al enlentecer la escalada terapéutica, guiado y supervisado por la enfermera especialista de Skilarence® Responde, sin otras incidencias.
Se objetivó la práctica resolución de las lesiones cutáneas tanto a nivel de tronco como de extremidades, apreciándose un mínimo eritema residual no descamativo (Figura 2), con un PASI de 1 y un BSA de 9 % en la semana 6. En cuanto al impacto en su calidad de vida, el paciente refirió una mejora evidente al desaparecer el insomnio y al mejorar su estado anímico y autoestima, presentando un DLQI de 0 en la semana 6.
Dada la respuesta clínica, se mantuvo la dosis en 120 mg diarios, con posibilidad de realizar una reducción progresiva en caso de no empeoramiento hasta alcanzar una dosis mínima eficaz en un futuro.



Figura 1. Placas eritematosas infiltradas y descamativas de psoriasis en tronco y extremidades.

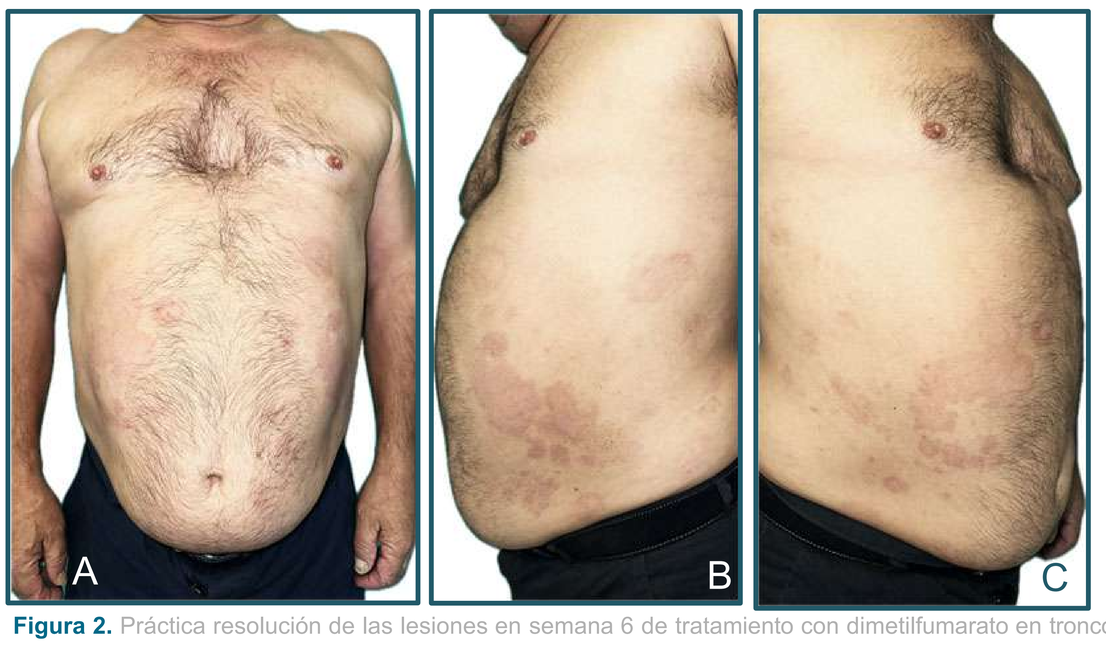


Figura 2. Práctica resolución de las lesiones en semana 6 de tratamiento con dimetilfumarato en tronco

CONCLUSIONES

- Las frecuentes comorbilidades asociadas a la psoriasis y su relación con la inflamación sistémica favorecen el aumento del riesgo cardiovascular y metabólico en estos pacientes,[1] y una intervención precoz puede cambiar el curso inflamatorio de la enfermedad y prevenir complicaciones o secuelas.
- El dimetilfumarato, principio activo de Skilarence® se ha aprobado como tratamiento sistémico de primera línea para la psoriasis en placas moderada-grave,[2] y han demostrado ser seguros y eficaces en el tratamiento de pacientes con comorbilidades asociadas.[3]
- Las reacciones adversas, más frecuentes incluyen molestias gastrointestinales y rubefacción o “flushing”. Éstas son habitualmente de curso leve y su tolerancia se facilita con una subida lenta y progresiva de dosis,[3] que puede ser monitorizada por un equipo especializado como Skilarence® Responde.
- 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 plazo[2]. Su posología vía oral facilita una administración cómoda que permite un aumento progresivo de la dosis en función de la tolerancia y respuesta, lo que permite un tratamiento individualizado y centrado en el paciente.[4]

Bibliografía:

1. 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.
2. Balak DMW. Fumaric acid esters in the management of psoriasis. Psoriasis: Targets and Therapy. 2015;5:9-23.
3. 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):429-35.
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

Skilarence responde: un reto en la consulta

Samuel Corral Pavanelo, Elia Boza Villar, Sara Merino Molina, Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel asociada a un mayor riesgo cardiovascular. Este riesgo se aumenta con la gravedad de la psoriasis y puede disminuirse con un correcto tratamiento dirigido a esta enfermedad cutánea e identificando los diferentes factores que pueden incrementarlo. No obstante, dentro del diverso arsenal terapéutico con el que contamos para el tratamiento de la psoriasis, debemos manejar los diferentes efectos adversos y contraindicaciones que los fármacos puedan tener, debiendo realizar una correcta selección de cada paciente, sus necesidades y sus características.

ANAMNESIS

Mujer de 34 años.

Diabetes mellitus tipo 2 tras diabetes gestacional.
En estudio por hipertransaminasemia. Polimedicada.
Sin deseo genésico en la actualidad.

Refiere lesiones de psoriasis desde la infancia que siempre ha manejado con fármacos tópicos. Sin embargo, desde el último parto ha ido empeorando progresivamente sin poder llegar a un adecuado control con tópicos.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas eritematodescamativas en tronco, brazos y piernas; compatibles con **psoriasis** en placas.

PASI 16, BSA 15, PGA 4, DLQI 12



Figura 1. Múltiples placas de psoriasis en tronco posterior y brazos.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Dado el mal control de la psoriasis en nuestra paciente con fármacos tópicos, decidimos iniciar terapia sistémica clásica. No obstante, durante la anamnesis identificamos diferentes características de nuestra paciente que contraindicaban ciertos fármacos clásicos, como la hipertransaminasemia o el hecho de tratarse de una mujer joven, que a pesar de que actualmente no presentaba deseo genésico, no lo descartaba en un futuro.

Por todo ello, iniciamos **DIMETILFUMARATO (SKILARENCE),** con un esquema de aumento de dosis hasta 360 mg diario con los cuales se consiguió un excelente control de la psoriasis tras tres meses de tratamiento, con buena tolerancia y adherencia al mismo.



Figura 2. Resultados tras tres meses de tratamiento con excelente respuesta y desaparición de las lesiones.

CONCLUSIONES

Es esencial en el manejo de los pacientes con psoriasis una correcta anamnesis e identificación de los diferentes factores que pueden influir en el plan terapéutico y en el curso de la enfermedad y sus complicaciones. Pacientes polimedicados y con múltiples factores de riesgo cardiovascular pueden suponer un reto, en tanto que muchas de estas características se configuran como contraindicaciones para diferentes fármacos. Por ello, disponer de tratamientos como el dimetilfumarato que ha avalado su seguridad en pacientes con estas peculiaridades clínicas y su eficacia, hasta el punto de presentarse como un fármaco de primera elección en muchos países de nuestro entorno, nos ayuda a **responder a las necesidades de nuestros pacientes.**

Bibliografía:

1. Mrowietz U, Barker J, Boehncke W-H, 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 [Internet]. 2018;32 Suppl 3:3–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15218

Las comorbilidades como condicionantes de la elección de tratamiento sistémico para la psoriasis

Guiovana Fernanda Osorio Gómez[1], Juan Ortiz Álvarez[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]
1. UGC de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis frecuentemente se acompaña de comorbilidades que limitan/contraindican el uso de tratamientos sistémicos clásicos, los cuales constituyen la primera línea de manejo. El dimetilfumarato (DMF) es un fármaco con actividad inmunomoduladora, antiinflamatoria y antioxidante, que mejora la gravedad y extensión de la psoriasis. Se administra por vía oral, se degrada a ácido fumárico que ingresa en el ciclo de Krebs, y se excreta principalmente por vía respiratoria. El metabolismo independiente de la vía citocromo p450 lo convierte en un fármaco con un buen perfil de seguridad y sin interacciones medicamentosas conocidas, indicado en pacientes con comorbilidades y/o polimedicados.
Se presenta el caso de un varón obeso, hipertenso, con elevación de transaminasas, dislipidemia y psoriasis, tratado con dimetilfumarato; con excelente control de la enfermedad a tres años de seguimiento.

ANAMNESIS

Varón de 65 años que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de pápulas y placas eritemato-descamativas, que inician en abdomen y posteriormente se generalizan, asintomáticas, con área de superficie afecta (BSA) de 30%. El interrogatorio por aparatos era rigurosamente normal. Dentro de los antecedentes destacaba una hipertensión arterial bien controlada y una psoriasis en gotas desde hacía 5 años, manejada satisfactoriamente con tópicos (metilprednisolona aceponato crema). Se realiza biopsia que informa una dermatitis psoriasiforme. Por lo tanto, se diagnostica una psoriasis en placa con componente en gotas.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Talla: 1,68 m; Peso: 105 kg; BSA 30%; Psoriasis Activity Skin Index (PASI) 12
Con miras a iniciar tratamiento sistémico se solicita una analítica que reveló dislipidemia (colesterol: 242, triglicéridos: 180) e hipertransaminasemia (GGT: 189, ALT: 63).
Se establece entonces diagnóstico de:

- Psoriasis en gotas moderada / HTA bien controlada / Obesidad / Hipertransaminasemia / Dislipidemia

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente, decidimos iniciar dimetilfumarato (DMF) a dosis creciente según ficha técnica y referimos al programa de soporte al paciente (PSP). El paciente refiere mejoría del prurito a la semana de iniciar del tratamiento. A los 3 meses, se habían normalizado las transaminasas y gracias a PSP se introdujeron paulatinamente, cambios en el estilo de vida y en la dieta, que resultaron en el abandono del hábito tabáquico y la disminución de peso.

Basal
Peso: 105 Kg
BSA 30%, PASI 12

3 meses
Peso: 105 kg,
BSA 12%, PASI 5
No eventos adversos

6 meses
BSA 5%, PASI 2
Satisfecho con la respuesta

12 meses
Dosis máxima de DMF 360 mg/d
Peso: 96 kg, BSA 0, PASI 0
Flushing puntual – no tratamiento

18 meses
Abandono del tabaco
Dosis descendente de DMF 240 mg/d
BSA 0, PASI 0
Linfopenia – se suspende DMF

21 meses
Discreto rebrote
Linfocitos normales
Se **reintroduce DMF 30 mg/d**

24 meses
DMF 30 mg/d
BSA 0, PASI 0
Analítica sin alteraciones

36 meses
DMF 30 mg cada 48 horas
Peso: 93 kg.
BSA 0, PASI 0
Analítica sin alteraciones



Figura 1. A. Lesiones en tronco al inicio del tratamiento. B. Aclaramiento de las lesiones (foto mes 36)



Figura 2. A. Lesiones en piernas al inicio del tratamiento. B. Aclaramiento de las lesiones (foto mes 36)

CONCLUSIONES

El DMF es un fármaco **seguro y eficaz** en el tratamiento de la psoriasis moderada, indicado en pacientes con comorbilidades y/o polimedicados. Los efectos adversos son leves, transitorios y en el caso de linfopenia, es manejable fácilmente con el ajuste de la dosis.
Consideramos que el presente caso constituye un ejemplo característico de la práctica clínica en vida real, en el cual se obtuvo una rápida mejoría del **prurito** y aclaramiento progresivo de las lesiones. Como efectos adversos, se presentó **rubefacción** a los 12 meses, que resolvió sin tratamiento. A los 18 meses se presentó **linfopenia** que obligó a la retirada del DMF. No obstante, tras la reintroducción del DMF se mantiene una buena respuesta, aún con dosis muy bajas. Por esta razón resaltamos la importancia de la **reducción de la dosis** una vez alcanzado el objetivo terapéutico y la posibilidad de una titulación "personalizada" de la misma. También es interesante mencionar la **supervivencia** del fármaco a largo plazo (3 años), con PASI 0 y dosis de 30 mg, días alternos.
Por otro lado, destacar el papel del PSP en el abordaje integral del paciente, introduciendo cambios en el estilo de vida que suponen una modificación a largo plazo en la evolución de la enfermedad y el estado de salud en general del paciente.

Bibliografía:
1. Mrowietz U, et al. Efficacy of dimethyl fumarate treatment for moderate-to-severe plaque psoriasis: presentation extracts from the 29th EADV virtual congress, 29-31 October 2020. Expert Rev Clin Immunol. 2021
2. Brück J et al. A review of the mechanisms of action of dimethylfumarate in the treatment of psoriasis. Exp Dermatol. 2018 Jun;27(6):611-624

Brote de psoriasis durante el tratamiento quimioterápico del cáncer: el impacto en la calidad de vida

Isabel María Coronel Pérez, Juan Manuel Morón Ocaña, Virginia Linares López, Julia Clavijo Herrera.
Servicio de dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla).

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una de las enfermedades cutáneas que más influyen en la calidad de vida de los pacientes, llegando a provocar un impacto similar al que produce el cáncer en algunos enfermos[1]. A veces se suspende el tratamiento de pacientes con psoriasis bien controlada ante el diagnóstico de un cáncer, bien por tratarse de una medicación inmunosupresora, o bien por la falta de evidencia firme de que no estén contraindicados los fármacos biológicos.

ANAMNESIS

Mujer 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, coxartrosis, ooforectomía con salpingectomia izquierda por endometriosis y miomectomía. Padece psoriasis de larga evolución, que había tratado previamente con metotrexato, acitretina (con efectos colaterales mal tolerados), ciclosporina, etanercept y adalimumab. Durante el tratamiento con ustekinumab se consigue una buena respuesta clínica, pero se suspende el fármaco al diagnosticarse un adenocarcinoma de colon en estadio IIA. Tres meses después de iniciar el tratamiento con capecitabina en adyuvancia acude a consultas de dermatología por empeoramiento progresivo de su psoriasis, solicitando algún tratamiento porque la enfermedad le provoca molestias en la piel y le afecta a su vida normal, casi tanto como el diagnóstico de su cáncer, que ya está intervenido.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Pequeñas placas eritematodescamativas de 5-10 mm distribuidas de forma generalizada, con afectación del 50% de la superficie de tronco y miembros, respetando la cara y el cuero cabelludo (Figura 1), sugestivas de psoriasis.
Las escalas de gravedad realizadas en consulta mostraron un BSA 45% y PASI 21,6.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se consensúa con la paciente y su oncólogo buscar un tratamiento alternativo a la terapia biológica. Como no había tolerado acitretina unos años antes, se opta por iniciar tratamiento con Skilarence® (dimetilfumarato oral). Comienza con 30 mg diarios una semana, añadiendo progresivamente 30 mg semanales a la dosis previa. Al alcanzar 180 mg diarios tiene que reducir la dosis por molestias gástricas y actualmente toma en días alternos 120 y 180 mg, sigue en remisión de su cáncer de colon dos años después del diagnóstico, ha conseguido el control de su psoriasis (PASI actual: 2), y por tanto ha recuperado su calidad de vida (Figuras 2 y 3).



Figura 1. Visita basal: Placas eritematodescamativas generalizadas.



Figura 2a. 3º mes de tratamiento. Menor extensión de las placas, coloración más rosada, reducción de la descamación e infiltración.



Figura 2b. 3º mes de tratamiento. Placas descamativas de tono rojo oscuro en zona gemelar.



Figura 3a. Aspecto en la actualidad: Eritema tenue residual.



Figura 3b. Aspecto actual del gemelo: Placa residual.

CONCLUSIONES

Los pacientes con psoriasis de moderada a grave e historia de cáncer previo suponen un reto terapéutico, ya que la evidencia disponible es limitada. Esto es aún más importante cuando el paciente se diagnostica de cáncer durante un tratamiento biológico. Aunque no hay evidencia firme que respalde su uso, tampoco la hay de que los fármacos biológicos estén contraindicados, y por ello en estos pacientes es fundamental tomar decisiones de forma individualizada[2]. En caso de que se descarte el tratamiento biológico puede ser útil el tratamiento con dimetilfumarato, que, aunque no dispone de datos de seguridad a largo plazo en pacientes oncológicos, tampoco ha mostrado recidivas en el seguimiento de este tipo de pacientes en un estudio multicéntrico[3].

Bibliografía:

1. En: www.almirall.es/prensa/sala-de-prensa/la-psoriasis-puede-afectar-al-bienestar-de-la-persona-a-un-nivel-similar-al-del-cancer-de-mama#sdendnote2anc
2. Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, Del Alcázar E, Lencina JJA, et al. Practical Update of the Guidelines Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology on the Treatment of Psoriasis With Biologic Agents: Part 2 - Management of Special Populations, Patients With Comorbid Conditions, and Risk. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(6):583-609.
3. Corazza M, Odorici G, Conti A, Di Lernia V, Motolese A, Bardazzi F, et al. Dimethyl fumarate treatment for psoriasis in a real-life setting: A multicentric retrospective study. Dermatol Ther. 2021;34(5):e15066.

Un tratamiento adaptado a cada perfil de paciente

Sara Merino Molina, María Dolores Benedicto Maldonado, Carmen Tienza Fernández, Enrique Herrera Acosta
Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una patología inflamatoria cutánea en cuya etiopatogenia intervienen tanto factores genéticos como ambientales.
Se caracteriza por la aparición de lesiones eritematodescamativas que causan prurito, dolor y, a menudo, alteración de la autoestima e impacto psicosocial para el paciente. Además, esta patología también asocia frecuentemente comorbilidad cardiovascular y metabólica. Esto justifica la necesidad de un tratamiento precoz, que permita cambiar el curso inflamatorio de la enfermedad.

ANAMNESIS

Paciente mujer de 23 años que consulta por psoriasis en placas de 6 años de evolución, con empeoramiento progresivo y afectación de un 25% de la superficie corporal. No refiere hábitos tóxicos ni otros antecedentes de interés.
Como tratamientos previos, ha aplicado calcipotriol/betametasona de forma tópica con escasa mejoría, varios ciclos de fototerapia, y, finalmente, metotrexato con suspensión por mala tolerancia, presentando malestar general los días consecutivos a su administración.
Actualmente acude a consulta con un brote severo de psoriasis, que difícilmente controla con tratamiento tópico, y que tiene un gran impacto en su autoestima y calidad de vida.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, presenta pacas eritematodescamativas a nivel de tronco y extremidades, que afectan al 27% de su superficie cutánea, con un PASI (*Psoriasic Area Severity Index*) de 14,5. No presenta afectación de cuero cabelludo ni región genital o flexuras.
La paciente pesa 63 kilogramos y mide 1,58 metros, con un IMC (Índice de Masa Corporal) de 25,24 kg/m².
Como pruebas complementarias, se ha realizado una analítica y serología, que no presenta alteraciones.
Finalmente, se establece el diagnóstico de psoriasis en placas grave.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante el fracaso a tratamiento tópico y fototerapia, así como la mala tolerancia a metotrexato, consideramos iniciar Skilarence® según ficha técnica como primera opción terapéutica. Se pauta 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.
A las 8 semanas, el paciente presenta una clara mejoría de las lesiones tras haber alcanzado la dosis de 180 mg. Presenta buena tolerancia, sin efectos adversos gastrointestinales. A la exploración, el PASI ha descendido a 5 y el BSA (*Body Surface Area*) a 7%.
La paciente se encuentra muy satisfecha con el tratamiento. Se propone, dada la excelente respuesta y tolerancia, continuar ascenso progresivo de la dosis, hasta alcanzar respuesta completa.



Figura 1. Estado basal previo al inicio del tratamiento



Figura 2. Respuesta a los 2 meses desde el inicio

CONCLUSIONES

Skilarence® contiene dimetilfumarato, un éster de ácido fumárico que se metaboliza a monometilfumarato, el cual actúa como inmunomodulador. Reduce el infiltrado inflamatorio y la proliferación de queratinocitos a nivel de las placas de psoriasis, al modular la respuesta inflamatoria de citoquinas.

Los efectos secundarios más frecuentes son molestias gastrointestinales y rubefacción, que habitualmente tienen un carácter leve y se controlan con una subida lenta y progresiva de la dosis del fármaco.

Skilarence® constituye, por tanto, un tratamiento eficaz para la psoriasis moderada o grave, con un buen perfil de seguridad. Su administración oral y presentación en comprimidos tanto de 30 como de 120 mg, permiten un aumento progresivo de la dosis en función de la tolerancia y respuesta, lo que convierte a este fármaco en un tratamiento individualizado para cada paciente.

Bibliografía:
1. 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.
2. 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.
3. 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.

Juventud y sol. Dos factores a tener en cuenta en el tratamiento de la psoriasis

José Luis Fernández-Crehuet Serrano, Pablo Fernández-Crehuet Serrano.
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
Clínica Fernández-Crehuet de Córdoba

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con psoriasis moderada y grave son candidatos a tratamiento sistémico convencional o novedoso. Para la elección de la opción más adecuada debe tenerse en consideración varios aspectos como la edad, la presencia o no de insuficiencia renal o hepática, los deseos de gestación, el consumo de alcohol y la exposición solar.

ANAMNESIS

Varón de 21 años que acude a consulta de Dermatología en junio por presentar un brote de psoriasis de 5 meses de evolución, que trataba de controlar con calcipotriol/betametasona tópicos. No había respondido a ciclosporina a dosis de 5 mg/Kg el año anterior. Entre los antecedentes personales de interés destacaba una ciclotimia en tratamiento con escitalopram y lorazepam. No refería clínica osteoarticular de carácter inflamatorio.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas eritemato-descamativas en espalda, tórax, abdomen, MMS y MMI ocupando más del 75% de la superficie corporal (BSA), PASI 33,20 (figura 1). Se plantea tratamiento sistémico tras verano y nos refiere que no deseaba esperar ya que le suponía un alto impacto psicológico en su estado de ánimo.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

El fallo previo a ciclosporina hizo plantearnos otras opciones eficaces y seguras. Su antecedente psiquiátrico en tratamiento médico y los hábitos, entre los que se incluía el consumo de alcohol ocasional “de fin de semana” hicieron descartar el uso de metotrexato. Teniendo en cuenta la época del año en la que se valoró al paciente (Córdoba, 42 ºC en junio-julio) y el deseo de tratamiento inminente, nos hizo desestimar el acitretino oral. Finalmente, se optó por dimetilfumarato (DMF) según ficha técnica. Se explicó al paciente los posibles efectos secundarios, destacando los síntomas gastrointestinales y se le proporcionó el contacto del programa de soporte a pacientes con dicha medicación facilitado por Almirall®

El paciente se revisó a los tres meses, observando buena evolución de las lesiones, alcanzado PASI 90. Las placas residuales eran poco infiltradas y muy poco eritematosas (figura 2) El hemograma completo y la bioquímica general no mostró alteraciones significativas. El paciente refirió dolor abdominal durante los 15 primeros días de tratamiento, que casi motivaron la suspensión del tratamiento, pero confirmó que el contacto con el programa de apoyo le orientó en ir aumentando la medicación más lentamente consiguiendo mejor tolerancia de los síntomas.



Figura 1. Situación basal del paciente



Figura 2. Tras 3 meses con DMF

CONCLUSIONES

El gran arsenal terapéutico eficaz del que se dispone hoy día para la psoriasis de moderada a grave nos permite individualizar en cada caso la mejor opción para cada paciente. En este caso se decidió por DMF puesto que se trataba de un paciente joven con deseos de iniciar cuanto antes tratamiento sistémico por el complejo social que le generaba. Tuvimos en cuenta el fallo previo a ciclosporina, el alto índice ultravioleta en esta época del año en nuestra ciudad y el posible riesgo de consumo de alcohol propio de esta edad. Se demostró una gran eficacia y un buen perfil de seguridad para este tipo de pacientes.

Bibliografía:

1. Metotrexato inyectable. Ficha técnica. Fecha de acceso: septiembre 2022. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/78638/FT_78638.pdf:
2. Acitretina. Ficha técnica. Fecha de acceso: septiembre 2022. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/74727/FT_74727.html.pdf
3. Skilarence®. Ficha técnica. Fecha de acceso: septiembre 2022. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1171201004/FT_1171201004.pdf. 2. Metotrexato inyectable. Ficha técnica. Fecha de acceso: septiembre 2022. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/78638/FT_78638.pdf

Skilarence: abordando la psoriasis en placas y más allá

Juan Manuel Morón Ocaña[1], Virginia Linares López[1], Pedro Martínez Arredondo[1], Amalia Pérez Gil[1]
[1]Hospital Universitario Ntra. Señora de Valme

INTRODUCCIÓN

La tensión emocional puede desencadenar brotes o exacerbaciones en la psoriasis debido a su capacidad para alterar la respuesta inmune y promover la inflamación cutánea. Las experiencias hospitalarias, caracterizadas por altos niveles de estrés, pueden asimismo agravar los síntomas de la psoriasis debido a la ansiedad asociada con los procedimientos médicos y la hospitalización prolongada[1].

ANAMNESIS

Varón de 46 años, diagnosticado de psoriasis en placas desde 2017, consultaba por agravamiento de las lesiones a raíz de un estrés emocional importante tras haber estado ingresado en el hospital durante un mes por una tetraparesia flácida y arrefléxica rápidamente progresiva con insuficiencia respiratoria tras vacunación contra la COVID-19. Entre sus antecedentes había realizado tratamientos con tópicos, ciclosporina y metotrexato, suspendidos por fallo secundario y elevación de transaminasas respectivamente.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la exploración se observaron múltiples placas eritematosas con escama nacarada sobre superficie de extensión de brazos y piernas, así como multitud de placas en gotas en abdomen y espalda (figura 1). Al mismo tiempo presentaba eritema en ambas regiones temporales con descamación difusa generalizada en el cuero cabelludo. Se realizó el diagnostico de psoriasis en placas moderada con una puntuación inicial en los cuestionarios PASI y DLQI de 14 y 20 puntos respectivamente.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decidió iniciar skilarence con escalada progresiva hasta conseguir el control de las lesiones cutáneas con una posología final de 120 mg-0-120 mg. A las 16 semanas, el paciente estaba completamente blanqueado, presentando un mínimo eritema residual en codos y muslos (figura 2), pasando a presentar una puntuación de PASI y DLQI de 0 puntos. Tras conseguir la estabilidad cutánea se ha ido descendiendo de dosis hasta conseguir la mínima dosis efectiva sin aparición de lesiones. Actualmente, el paciente se encuentra tomando un solo comprimido de 120 mg en almuerzo a semana 56. Durante el seguimiento no ha presentado ningún efecto adverso derivado de la medicación.



Figura 1. Semana 0. Placas eritematosas con escama nacarada sobre superficie de extensión de brazos y piernas, así como multitud de placas en gotas en abdomen y espalda. PASI 14.



Figura 2. Semana 16. Eritema residual en codos y muslos. PASI 0.

CONCLUSIONES

Las interacciones complejas entre factores emocionales y la patogénesis de la psoriasis subrayan la importancia de abordar tanto los aspectos físicos como psicológicos de esta enfermedad para lograr un manejo integral y efectivo. En pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, el dimetilfumarato 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, dimetilfumarato es una opción de tratamiento sistémico oral eficaz para el tratamiento de pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave[2-4].

Bibliografía:

1. Blair HA. Dimethyl Fumare: A Review in Moderete to Severe Plaque Psoriasis. Drugs. 2018;78(1):123-30. doi: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
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

Psoriasis en placa grave pruriginosa en paciente con síndrome metabólico: un reto terapéutico con Skilarence

Antonio Martínez López, Pablo Díaz Calvillo, Salvador Arias Santiago
Hospital Universitario Virgen de las Nieves

INTRODUCCIÓN

La psoriasis grave en el paciente con síndrome metabólico es una entidad en auge en nuestro ámbito, debido al aumento de obesidad en la población española. En este perfil de pacientes, los tratamientos sistémicos clásicos de uso habitual (metotrexato, acitretino y ciclosporina) pueden suponer un riesgo para el manejo de las patologías de base del paciente con enfermedad psoriásica.

ANAMNESIS

Un paciente de 48 años con antecedentes personales de síndrome metabólico (dislipemia, hipertensión y resistencia periférica a la insulina) en tratamiento con Enalapril, Metformina y Sinvastatina acudió a las consultas de Dermatología por presencia de psoriasis en placa grave de largo tiempo de evolución, con intenso prurito asociado. El paciente había sido tratado en Atención Primaria con Calcipotriol+Betametasona en espuma, con ausencia de respuesta.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El paciente inició tratamiento con fototerapia, con fallo primario tras tres meses de tratamiento. Se solicitó una analítica general, que mostraba elevación de LDL, triglicéridos y transaminasas. Estos resultados no hacían recomendable el tratamiento con metotrexato o acitretino. Por otro lado, la hipertensión basal del paciente contraindicaba el empleo de ciclosporina. Por tanto, dada la gravedad basal de la patología (Figura 1) se hacía necesario instaurar un nuevo tratamiento.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se instauró tratamiento con Skilarence en pauta ascendente progresiva para facilitar la tolerancia del paciente (ascenso de 30 mg semanales las primeras 6 semanas hasta 240 mg para, posteriormente, realizar el aumento con 120 mg cada dos semanas). Tras un mes del tratamiento, el paciente mostró una reducción discreta del PASI y BSA basales, con una gran reducción del prurito tras la primera semana. Tras cuatro meses de tratamiento, el paciente obtuvo una respuesta PASI 100 con una dosis de 480 mg (Figura 2). Durante el tratamiento, el paciente no presentó empeoramiento de sus valores analíticos basales y, como único efecto secundario, aquejó rubefacción durante la primera semana de tratamiento que se corrigió de forma espontánea con el empleo de agua termal.



Figura 1. Situación basal del paciente previo al inicio de Skilarence



Figura 2. Respuesta terapéutica tras 4 meses de tratamiento con Skilarence

CONCLUSIONES

La psoriasis grave que asocia prurito en pacientes con síndrome metabólico supone un reto terapéutico para el dermatólogo, debido a la dificultad de instaurar tratamientos sistémicos a causa de las comorbilidades basales de los pacientes que la sufren. El empleo de fármacos eficaces y seguros en este perfil de pacientes es fundamental para realizar un manejo adecuado de la patología.
Skilarence supone una alternativa terapéutica previa a la instauración del tratamiento biológico en estos pacientes, al mostrar adecuadas tasas de respuesta a nivel cutáneo y sin afectar a las comorbilidades basales de los pacientes.

Bibliografía:

1. Shetty A, Cho W, Alazawi W, Syn WK. Methotrexate Hepatotoxicity and the Impact of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Am J Med Sci. 2017;354:172–81.
2. Šilhavý J, Zídek V, Mlejnek P, Landa V, Šimáková M, Strnad H, et al. Fumaric acid esters can block pro-inflammatory actions of human CRP and ameliorate metabolic disturbances in transgenic spontaneously hypertensive rats. PLoS One. 2014;9(7):e101906.

Psoriasis moderada y pacientes oncológicos: valoración de las diferentes herramientas terapéuticas actuales

Júlia Mercader Salvans, Daniel Javier Sánchez Báez, María del Mar Pestana Eliche, Eva Fagundo González.
Hospital Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la psoriasis leve-moderada se basa en tratamientos tópicos junto con la utilización fármacos vía oral como el acitretino, los inmunosupresores clásicos o los fumaratos. Los pacientes oncológicos, sobre todo si se encuentran en tratamiento activo contra su neoplasia pueden suponer un reto a la hora de ser tratados.

ANAMNESIS

Acude a consulta un varón de 77 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de:

- Diabetes mellitus
- EPOC
- Dislipemia
- Carcinoma de próstata en 2017
- Cáncer cutáneo no melanoma: Carcinoma epidermoide tratado mediante cirugía.

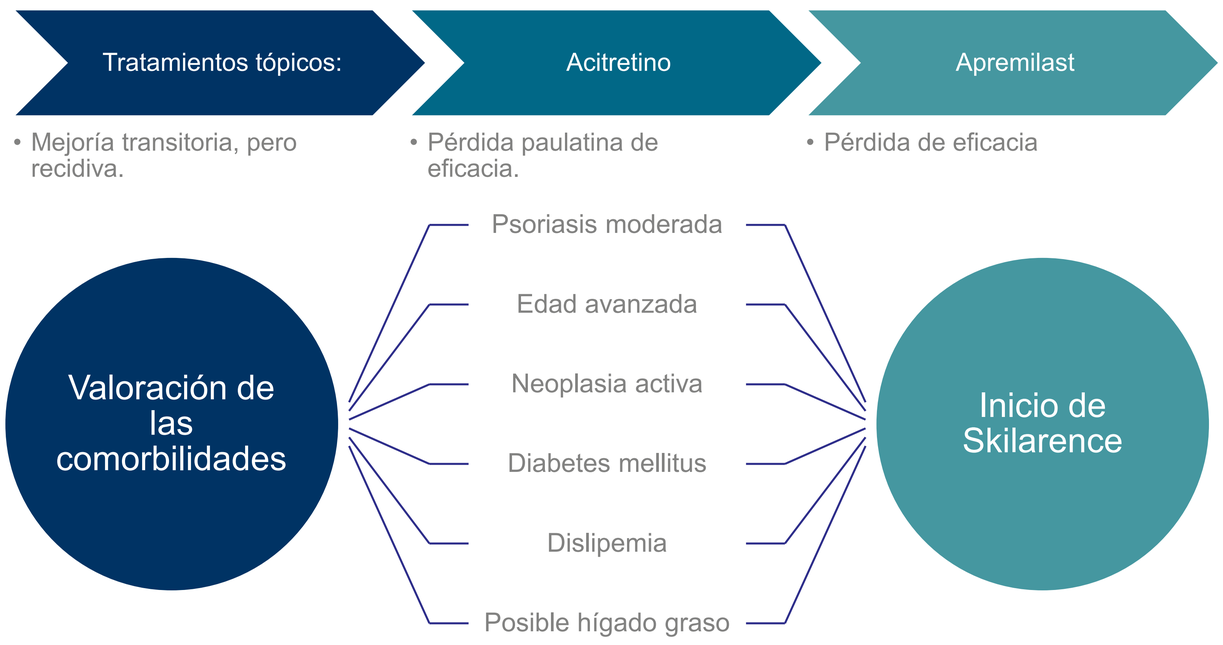
Acude a consulta por la aparición de unas lesiones pruriginosas generalizadas por las que ha realizado tratamiento con corticoides tópicos pautados por el médico de cabecera sin respuesta.
A la anamnesis dirigida niega otra sintomatología asociada, incluido el dolor articular.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración física destacan unas placas eritematodescamativas de bordes irregulares bien delimitados que afectan de manera generalizada al tegumento cutáneo con predominio en las zonas de extensión.
Se diagnostica una psoriasis en placas sin afectación articular y se calcula el PASI y el DLQI siendo de 14 y >10 respectivamente.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Teniendo en cuenta sus antecedentes de múltiples neoplasias cutáneas y cáncer de próstata en 2017, además de alteraciones en el perfil hepático se valoran los distintos tratamientos posibles para nuestro paciente. Además, mientras está en seguimiento por el servicio realiza una recidiva de su cáncer de próstata por lo que inicia tratamiento oncológico con bloqueo hormonal y quimioterapia disminuyendo de manera sustancial los posibles tratamientos.



CONCLUSIONES

Skilarence es un tratamiento con actividad inmunomoduladora y antiinflamatoria que ha demostrado mejorar la gravedad y la extensión de la psoriasis, así como el prurito y la calidad de vida.
Tiene un buen perfil de seguridad en pacientes oncológicos, con neoplasias activas y factores de riesgo cardiovascular además de no tener interacciones farmacológicas importantes.

Bibliografía:

1. 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 Oct;32 Suppl 3:3-14. doi: 10.1111/jdv.15218. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30238510.
2. Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, et al. S3 - Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version), Update. J Dtsch Dermatol Ges 2012;10: S1-95;
3. 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 AcadDermatol Venereol 2018; 32: 3-14;
4. Skilarence®. Ficha técnica del producto.



Figura 1. Psoriasis en placas generalizada. Placas eritematosas con escama plateada adherida.

PERFILES DE PACIENTES		DMF [1,5,6,9]	MTX [2,5,7,9]	CSA [3,5,9]	ACI [4,5,8,9]
Condiciones y estilo de vida	Mujer en edad fértil	🟢	🟡	🟢	🟡
	Interacción con ACO	🟢	🟢	🟡	🟡
	Hombre en edad fértil	🟢	🟡	🟢	🟢
	Embarazo	🔴	🔴	🟡	🔴
	Posibilidad de embarazo a corto / medio plazo	🟢	🔴	🟢	🔴
	Consumo moderado de alcohol	🟢	🟡	🟡	🟡
	Vacunas atenuadas	🟡	🔴	🟡	🟢
	Vacunas inactivas	🟢	🟢	🟢	🟢
Comorbilidades asociadas	Diabetes mellitus	🟢	🟡	🟢	🟡
	Dislipemia	🟢	🟡	🟡	🔴
	Hipertensión	🟢	🟢	🟡	🟢
	Obesidad	🟢	🟡	🟡	🟡
	Comorbilidad cardiovascular	🟢	🟡	🟡	🟡
	Insuficiencia hepática leve-moderada	🟢	🟡	🟡	🟢
	Insuficiencia renal leve-moderada	🟢	🟡	🟡	🟢
	Enfermedad intestinal grave	🔴	🔴	🟢	🟢
	Hígado graso no alcohólico / hepatopat´a	🟢	🟡	🟡	🟡
	Epilepsia	🟢	🟢	🟡	🟢
	Infecciones crónicas (VIH, VHB, VHC, TBC)	🟢	🔴	🟡	🟢
	Enfermedad neoplásica	🟢	🟢	🟡	🟢
Situaciones especiales	Edad avanzada	🟢	🟡	🟡	🟡
	Polimedicación	🟢	🟡	🟡	🟡
	Tratamiento a largo plazo	🟢	🟡	🟡	🟡
	Combinación con UV	🟢	🟡	🟡	🟡

Figura 2. Indicación, precaución y contraindicación de los fármacos clásicos según perfil de los pacientes. **Tabla cedida por Almirall, *proyecto apóyate caminando juntos.***
DMF: Dimetilfumarato; MTX: Metotrexato; CSA: Ciclosporina; ACI: Acitretino

Oncología y psoriasis palmo-plantar. Una pareja difícil de abordar

Pablo Fernández-Crehuet Serrano, José Luis Fernández-Crehuet Serrano
Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
Clínica Fernández-Crehuet de Córdoba

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que presentan psoriasis grave y antecedentes de enfermedad oncológica suponen un reto terapéutico en la consulta de Dermatología. Hoy día, el cáncer de mama supone el tumor maligno más frecuente del mundo y se estima su incidencia en 132 casos por 100.000 habitantes. La psoriasis hiperqueratósica palmar se presenta como placas y fisuras de larga evolución, siendo difícil de diferenciar de un eccema crónico de manos.

ANAMNESIS

Mujer de 54 años con sobrepeso e hipertensión arterial en tratamiento médico, que acude por placas engrosadas, con fisuras y grietas en superficie volar de ambas manos y pies, de 2 años de evolución. Había sido tratada con calcipotriol/betametasona y corticoides tópicos de muy alta potencia a diario durante varios meses con mejoría parcial y aparición de eritema. La paciente refería heridas al mínimo roce y pérdida de eficacia progresiva. A la exploración se apreciaba una piel fina y eritematosa y algunas placas en eminencia tenar, hipotenar y dedos. Se realizaron pruebas epicutáneas que resultaron negativas y el estudio analítico sanguíneo basal evidenció hipertrigliceridemia (350 mg/dl) e hipercolesterolemia (290 mg/dl). Se indicó metotrexato 15 mg s.c y ácido fólico 5 mg semanales y revisión en 2 meses. En estos meses, fue intervenida de un carcinoma basocelular infiltrante localizado en el escote, sin márgenes afectos. La paciente mejoró, pero la analítica mostró una hipertransaminasemia moderada que obligó a suspender el tratamiento indicando adalimumab 40 mg bisemanales con inducción. A los 4 meses no se resolvieron las lesiones por lo que la paciente decidió suspender la medicación. Tras dos años, la paciente acudió a consulta por empeoramiento clínico. Durante este periodo, había presentado un carcinoma de mama ductal in situ que precisó cirugía y radioterapia y se encontraba en tratamiento con tamoxifeno.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Placas hiperqueratósicas, infiltradas, con fisuras y grietas en superficie palmar y plantar que impedían sus actividades cotidianas. La paciente era costurera y le limitaba gravemente su trabajo. Se trataba, por tanto, de una paciente con sobrepeso, síndrome metabólico y antecedentes oncológicos que presentaba una psoriasis palmo-plantar de tipo hiperqueratósico, que no respondió satisfactoriamente a metotrexato ni adalimumab.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

La paciente rehusó fototerapia con UVB/UVA y se le planteó iniciar dimetilfumarato según ficha técnica comenzando con 30 mg v.o en progresión hasta 720 mg. Tras tres meses de tratamiento, la paciente mostró excelente respuesta sin mostrar alteraciones analíticas significativas.



Figura 1. Placas hiperqueratósicas en superficie palmar de mano derecha, antes de DMF

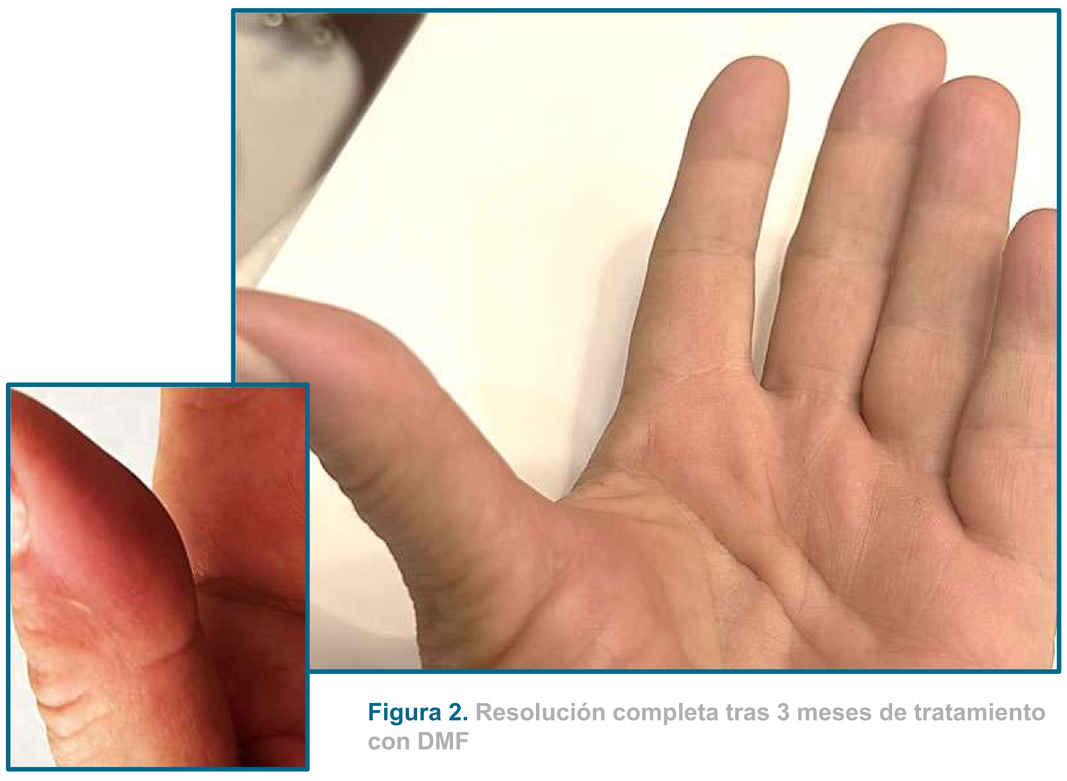


Figura 2. Resolución completa tras 3 meses de tratamiento con DMF

CONCLUSIONES

La psoriasis palmo-plantar supone un reto diagnóstico y terapéutico que no siempre responde a los tratamientos convencionales. Aunque en ficha técnica de dimetilfumarato no se refleja la indicación de esta forma de psoriasis, cada vez son más los artículos que evidencian su utilidad[1,2]. El síndrome metabólico se relaciona con la psoriasis y su gravedad y, por tanto, los tratamientos actuales deberían abordar de forma integral esta asociación[3]. El número de pacientes con antecedentes oncológicos en nuestro medio es cada vez mayor y es necesario tener alternativas terapéuticas eficaces y seguras para este tipo de pacientes[3]. Este caso pone de manifiesto que dimetilfumarato es un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con síndrome metabólico, antecedente oncológico y una forma menos frecuente de psoriasis.

Bibliografía:

1. Giacomo C, Emanuele T, Martina B, et alReal-life experience with dimethylfumarate in palmoplantar psoriasis: A multicentre retrospective Italian study.. Australas J Dermatol. 2024 Jan 24. doi: 10.1111/ajd.14213.
2. Mazzilli S, Cosio T, Botti E, et al. Dimethylfumarate efficacy and safety in palmoplantar psoriasis patient affected by hepatitis b and depression: A case report.
3. Dermatol Ther. 2020 Jul;33(4):e13659.
4. Skilarence®. Ficha técnica. Fecha de acceso: septiembre 2022. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1171201004/FT_1171201004.pdf

A manos con la psoriasis

Juan Ortiz Álvarez[1], Lourdes Rodríguez Fernández-Freire[1], Giovana Osorio Gómez[1], Julián Conejo-Mir Sánchez[1]

1. UGC de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de los pacientes con psoriasis puede verse seriamente mermada por la afectación de ciertas zonas que, aunque limitadas en extensión, son claves por su repercusión estética o funcional. En el caso de las manos, este órgano es clave para la realización de múltiples actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, es una zona difícil de ocultar y con importancia estética. A todo ello se une el hecho de que se reconocen como una de las zonas difíciles de tratar de la psoriasis.

A continuación, presentamos el caso de una paciente con psoriasis con afectación especialmente llamativa de dorso de manos tratada con dimetilfumarato (Skilarence®).

ANAMNESIS

Presentamos el caso de una paciente de 56 años, hipertensa, obesa, dislipémica y diabética tipo 2 con afectación de órgano diana. Recibía, por dicho motivo, más de 5 medicamentos al día, catalogándose, por tanto, como polimedicada.

Acude a nuestra consulta derivada por su médico de familia por lesiones de más de 10 años de evolución en codos, cuero cabelludo y dorso de manos. Refería que su calidad de vida se encontraba especialmente afectada por las lesiones en esta última localización, tanto por la dificultad que le suponían para actividades de su día a día como por el compromiso estético. Había realizado previamente múltiples tratamientos tópicos con diferentes preparados con corticoides, sin lograr resolución mantenida de las lesiones.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración presentaba placas eritemato-descamativas, diagnósticas de psoriasis, en cuero cabelludo, dorso de manos y codos. La superficie corporal afecta (BSA) era de un 5% y el *Psoriasis Activity Skin Index* (PASI) de 4’6.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras consensuarlo con la paciente, se decide iniciar tratamiento con dimetilfumarato (Skilarence®) a dosis de 30 mg con escalada progresiva de la dosis. A las 16 semanas de tratamiento, la paciente había alcanzado una dosis diaria de 330 mg con la cual se encontraba estable y sin efectos secundarios. El BSA había pasado de un 5% a un 0’5% y el PASI de 4’6 a 0’24, lo que suponía un aclaramiento mayor al PASI 90 y una respuesta muy satisfactoria. Por lo que respecta a la calidad de vida, la paciente se encontraba muy contenta con el resultado estético y funcional.



Figura 1. Lesiones de psoriasis en dorso de manos previo al inicio de tratamiento



Figura 2. Lesiones de psoriasis en dorso de manos a las 16 semanas de iniciar tratamiento

CONCLUSIONES

La presencia de lesiones de psoriasis puede afectar de forma importante a los pacientes. Aunque la extensión global no sea muy amplia, estos pacientes pueden requerir tratamiento sistémico que, en ocasiones, presenta interferencias con otros medicamentos. En nuestro caso, se optó por dimetilfumarato (Skilarence®), entre otros factores, por encontrarse la paciente polimedicada y presentar este fármaco su baja tasa de interacción con otros principios activos al no interferir con la vía del citocromo. Destacamos además la mejoría en cuanto a calidad de vida y una mejoría notable del PASI.

En conclusión, la afectación de manos por la psoriasis debe tenerse en cuenta como una localización de especial importancia. El tratamiento con dimetilfumarato (Skilarence®) es una opción eficaz y segura para el tratamiento de estos pacientes, especialmente para aquellos que se encuentren polimedicados.

Bibliografía:

1. Merola JF, Qureshi A, Husni ME. Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails. Dermatol Ther. 2018 May;31(3):e12589.
2. Caldarola G, Trovato E, Burlando M, Capalbo E, Diotallevi F, Lora V, et al. Real-life experience with dimethylfumarate in palmoplantar psoriasis: A multicentre retrospective Italian study. Australas J Dermatol. 2024; 00: 1–5. https://doi.org/10.1111/ajd.14213.
3. Mazzilli S, Cosio T, Botti E, Petruzzellis A, Lanna C, Diluvio L, Bianchi L, Campione E. Dimethylfumarate efficacy and safety in palmoplantar psoriasis patient affected by hepatitis b and depression: A case report. Dermatol Ther. 2020 Jul;33(4):e13659.

Cuando la ciencia logra la magia

Silvia Habicheyn Hiar
Hospital Universitario Costa del Sol (Marbella).

INTRODUCCIÓN

El dimetilfumarato (Skilarence®) es un fármaco indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que requieren un tratamiento sistémico. Se presentan dos casos clínicos con una excelente respuesta terapéutica a Skilarence®.
En ambos casos, el Programa de Soporte al Paciente (PSP) Skilarence® desempeñó un papel relevante al brindarles atención profesional telefónica a lo largo del tratamiento.

ANAMNESIS

Paciente 1 Mujer de 56 años con antecedentes personales de obesidad y psoriasis que acude al servicio de dermatología en 2020 tras empeoramiento de placas eritemato-descamativas a nivel de cuero cabelludo, tronco y extremidades (Figura 1) con intenso prurito y afectación de su calidad de vida. Había sido diagnosticada de psoriasis en placas hace más de 15 años, y hasta el momento solo había realizado tratamiento tópico con corticoides (propionato de clobetasol) y combinación de corticoide + derivado de vitamina D (dipropionato de betametasona + calcipotriol) con escasa respuesta terapéutica.
Paciente 2 Mujer de 57 años, sin antecedentes personales de interés salvo psoriasis moderada desde 2015. en seguimiento en consultas externas de dermatología. Ha realizado anteriormente tratamiento tópico con buen control inicial, pero recaídas posteriores. con importante afectación de la calidad de vida al condicionar el normal desarrollo de su vida diaria.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Paciente 1. Placas eritematodescamativas, de localización en tronco, dorso y extremidades.
PASI 9, BSA 8, DLQI 21 (Figuras 1).
Sin lesiones tras finalizar tratamiento ((Figuras 2).

Paciente 2. Lesiones eritematodescamativas infiltradas en piernas pretibiales y en espalda lesiones en placas y gotas.
PASI 8.5, BSA 5.7, DLQI 9 (Figuras 3).
Sin lesiones tras tratamiento ((Figuras 4).

Diagnóstico: Psoriasis en placas moderada



Figura 1. Paciente 1 Basal. **Imágenes simuladas con un avatar**



Figura 2 Paciente 1 Actual. **Imágenes simuladas con un avatar**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Paciente 1: Inicia Skilarence a 30 mg/día. Recomiendo contactar con la Enfermera encargada del Programa. Acude a las 4 semanas de haber comenzado Skilarence®, presentando una franca mejoría de sus lesiones cutáneas y del prurito. Ha podido alcanzar la dosis de 240 mg al día, con buena tolerancia y sin haber presentado efectos adversos. Se encuentra muy satisfecha con el tratamiento pautado. Presenta marcada disminución del tamaño y del grado de infiltración de las placas psoriásicas. En cuanto al impacto en su calidad de vida, refiere haber recuperado su capacidad para conciliar el sueño y para relacionarse adecuadamente a nivel social, debido a la mejoría en su estado de ánimo. Ante tal respuesta, planteamos reducir la dosis a 120 mg diarios desescalando progresivamente hasta alcanzar la dosis mínima eficaz de 30 mg/día, con la que alcanza blanqueamiento total. Posteriormente se suspende el tratamiento. Lleva 52 días libre de enfermedad.

Paciente 2: Inicia dimetilfumarato según ficha técnica La respuesta clínica es buena, pero tiene problemas para el ajuste de dosis. 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 y alcanza dosis máxima de 120 mg/día con buena respuesta clínica y tolerancia. Después de un tiempo, se comienza a desescalar progresivamente hasta llegar a 60 mg/día. Al año siguiente llega a 30 mg/dia. Observando que no presenta prurito ni nuevas lesiones se suspende el tratamiento. Presenta rebrote, reiniciamos Skillarence 30 mg/día, pero en esta oportunidad, gracias al manejo de enfermería del PSP se logra individualizar la dosis y ajustarla a 30 mg cada 15 días. Y con este ajuste de dosis mantiene blanqueamiento total, sin nuevo brote hasta el día de la fecha.



Figura 3. Paciente 2 Basal. **Imágenes simuladas con un avatar**

CONCLUSIONES[1-3]

La intervención de la Enfermera del Programa de Seguimiento al Paciente de Skilarence® (PSP) permite mantener una excelente respuesta con dosis muy bajas, sin evidenciar efectos adversos relevantes tras 4 años de tratamiento. Continuamente brinda educación sanitaria: cambios de hábitos de alimentación y estilo de vida; escalado de dosis hasta alcanzar dosis individualizada; manejo de eventuales efectos adversos y es el nexo directo con el médico ante la saturación del sistema sanitario optimizando el tiempo. Incluso el seguimiento es telemático, ya que los mismos pacientes envían las fotos a la enfermera y ella a nosotros. Este es un importante recurso, porque registra la respuesta terapéutica a lo largo del tiempo. En ambos casos, los propios pacientes tomaron y enviaron sus fotos del momento actual. El PSP es una herramienta que alcanza mejores resultados clínicos con mayor adherencia terapéutica y satisfacción en pacientes con psoriasis respecto a aquellos que solo reciben asistencia médica en la práctica clínica habitual.
Dermatólogo, enfermera y paciente trabajando en equipo para alcanzar un mismo objetivo terapéutico.
Aquí radica la verdadera MAGIA que refieren nuestros pacientes.



Figura 4. . Paciente 2 Actual. **Imágenes simuladas con un avatar**

Bibliografía:
1. 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
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
3. Sacristán JA, Artime E, Díaz-Cerezo S, Comellas M, Pérez-Carbonell L, Lizán L. The Impact of Patient Support Programs in Europe: A Systematic Literature Review. The Patient. 2022;15(6):641-54.

SKILARENCE®: UN FÁRMACO EFECTIVO Y SEGURO

Miguel Mansilla-Polo[1,2], Daniel Martín-Torregrosa[1,2], Rafael Botella-Estrada[1,2,3], Antonio Sahuquillo-Torralba[1,2]
[1]Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, España.
[2]Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe. Valencia, España.
[3]Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia, España.

INTRODUCCIÓN

La **psoriasis** es una enfermedad crónica de la piel caracterizada principalmente por la aparición de placas eritematodescamativas, entre otras alteraciones. Por otro lado, la **esclerosis múltiple** afecta el sistema nervioso central, causando la destrucción de la mielina.
Los fumaratos, como el dimetilfumarato, se emplean en ambas condiciones para modular la respuesta inmunológica, reducir la inflamación y gestionar los síntomas asociados a estas enfermedades con un trasfondo autoinmune tan importante.[1,2]

ANAMNESIS

Una mujer de 35 años, con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia y esclerosis múltiple**,** acudió a la consulta de Dermatología derivada de Neurología por lesiones cutáneas de 3 meses de evolución (**Figura 1**) y refractarias a tratamiento antifúngico tópico. Las lesiones eran ligeramente pruriginosas. No había afectación mucosa ni sistémica. Era su primer episodio.

EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

A la exploración, (**Figura 1**) se apreciaban placas eritematodescamativas de afectación en tronco y raíz de miembros. No había afectación ungueal, acrofacial o en cuero cabelludo. Se diagnosticó por clínica de **psoriasis en placas**. Se estimó un PASI de 7,2 y un BSA del 9%. Se calculó un DLQI de 21/30.



Figura 1. Lesiones cutáneas al momento del diagnóstico. Psoriasis en placas extensa con afectación predominante en tronco y raíz de miembros. PASI 7,2, BSA 9%.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Por persistencia de las lesiones a pesar de tratamiento tópico, se comenzó tratamiento con Skilarence® (dimetilfumarato) en acuerdo a Neurología y a dosis habituales. A los 2 meses de inicio del tratamiento (Figura 2), se apreció una **muy buena respuesta**, con un PASI de 0,8, un BSA del 1,2% y un DLQI de 5/30 (**Figura 2**). **No se produjeron efectos secundarios** y la analítica de control fue normal. La **satisfacción** global del producto fue de 9/10. La paciente se mantuvo asintomática a los 6 meses del tratamiento. Por otra parte, la paciente no experimentó ninguna clínica neurológica durante el tratamiento, por lo que su esclerosis múltiple también se mantuvo inactiva.



Figura 2. Lesiones cutáneas a los 2 meses de tratamiento. Práctica resolución de las lesiones con Skilarence®. PASI 0,8 y BSA 1,2%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Presentamos la respuesta satisfactoria a **Dimetilfumarato (Skilarence®)** en una Paciente con **psoriasis, sin afectación en su esclerosis múltiple.**

Por tanto, podría constituir un arma terapéutica efectiva en casos complejos en los que la administración de otros fármacos podría tener efectos secundarios.



IDEA: EFECTIVIDAD + SEGURIDAD EN PSORIASIS = SKILARENCE®

Bibliografía:
1. Kwok T, Jing Loo W, Guenther L. Psoriasis and multiple sclerosis: is there a link? J Cutan Med Surg. 2010 Jul-Aug;14(4):151-5
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. 2021 Jul;22(4):425-442.

ES-MTP-2400079