



www.solapso.org
solapso@solapso.org

Auspiciantes

Diamante



Wyeth

Oro

 Schering-Plough

 **Abbott**
A Promise for Life

Colaborador

FOTOMED

 **Andrómaco**

 **SIREX MEDICA**
Equipamiento Médico
www.sirex.com.or

1.- Psoriasis en pacientes con infección VIH: Del cuerpo médico de la Fundación Nacional Psoriasis.

Menon, K.; Van Voorhees, A.; Gladman, D. y cols.

J Am Acad Dermatol 2009. Publicado online 29 de julio.

Los pacientes con infección por VIH y psoriasis a menudo presentan una enfermedad más severa y refractaria a los tratamientos, además de una artropatía severa con mayor frecuencia que en psoriasis sin VIH. El tratamiento de estos pacientes constituye un desafío porque muchas de las terapias para la psoriasis y la artritis son inmunosupresoras. El trabajo revisa la literatura disponible en Medline para arribar a un consenso acerca del tratamiento de estos pacientes.

Propone en primera línea el tratamiento tópico para psoriasis leves y moderadas. Para enfermedad moderada y severa fototerapia tanto UVB como PUVA ha demostrado no afectar el nivel de VIH en sangre y el tratamiento antiretroviral favorece tanto a la infección como a la psoriasis, se presume que por disminuir el TNF-alfa que se encuentra aumentado tanto en la psoriasis como en la infección por VIH. En segunda instancia queda el uso de los retinoides orales. Deja para enfermedad más severa y refractaria el uso de ciclosporina, metotrexato, hidroxiurea y anti-TNF considerando con especial cuidado el monitoreo de los efectos adversos de estas drogas, siempre teniendo en cuenta el estado inmunitario del paciente, el recuento de CD4, la carga viral y el control del mismo por parte del especialista en infectología.

2.- Tratamiento de psoriasis eritrodérmica: Del cuerpo médico de la Fundación Nacional Psoriasis.

Rosenbach, M; Hsu, S.; Korman, N. y cols.

J Am Acad Dermatol 2009. Publicado online 7 de agosto.

La psoriasis eritrodérmica es una forma severa de psoriasis que puede presentarse en forma aguda o seguir un curso crónico. Un 25% de las eritrodermias son causadas por psoriasis. Por tratarse de una forma de psoriasis poco frecuente, entre 1 y 2.5% de los pacientes la presentan, no existen guías de consenso acerca del tratamiento de esta forma clínica.

Este trabajo pretende ser una guía que ayude al especialista a tratar estos pacientes, si bien la terapéutica de estos casos debe ser basada en la severidad y agudez de la enfermedad y contemplar las condiciones del paciente teniendo en cuenta sus comorbilidades.

Ciclosporina e infliximab parecen ser la opción terapéutica más rápida para el tratamiento de la psoriasis eritrodérmica. Acitretin y metotrexato constituyen opciones terapéuticas de primera línea, sin embargo actúan en forma más lenta. Con etanercept, la experiencia se limita a trabajos de pocos pacientes. Respecto a adalimumab y ustekinumab tampoco existe al respecto bibliografía pero puede considerarse otra opción, hay que tener en cuenta que la eritrodermia es un factor de exclusión de pacientes de protocolos, por lo que la experiencia se limita a casos reportados. La fototerapia no estaría indicada en casos muy agudos e inflamatorios por la posibilidad de exacerbar el cuadro. Puede considerarse la combinación



de terapias, pero no hay suficiente bibliografía que lo sustente. Como terapia complementaria menciona la importancia de los emolientes, los tratamientos tópicos y los baños de avena.

Debe considerarse la internación en aquellos pacientes que lo requieran, identificar el factor desencadenante de la eritrodermia, si lo hubiera y descartar sobreinfección fundamentalmente por *Staphylococcus Aureus* y cepas de *Streptococcus*. También recuerda prohibir aquellos medicamentos que puedan empeorar la psoriasis, y menciona a los corticoides sistémicos como causa de rebote o exacerbación de la enfermedad, por lo que su empleo es controversial.

Si bien faltan estudios para poder realizar un algoritmo terapéutico para la eritrodermia, este trabajo muestra un resumen de los tratamientos disponibles para el manejo de estos casos.

3.-Psoriasis severamente fotosensible: Un subtipo de paciente definido por el fenotipo.

Reitter K.; Watson, E.; Griffiths, C. y cols.

J Invest Dermatol en avance de publicación online 18 de junio de 2009.

La exposición a radiación ultravioleta (RUV) usualmente es beneficiosa en psoriasis, pero se ha reconocido que una significativa minoría de pacientes, entre 5 y 20% empeora. Los mecanismos subyacentes son desconocidos, se ha propuesto un fenómeno de Köebnerización posterior a la quemadura solar, a la erupción polimorfa solar o a la coexistencia con otras enfermedades fotosensibles.

Este estudio reúne 20 pacientes con psoriasis fotosensible (PP) y los compara con 9 pacientes con psoriasis vulgar (PV) y 11 voluntarios sanos. Se les realizaron biopsias previo y posterior a irradiación UVA de banda ancha y se determinó el genotipo en especial HLA Cw0602 (psoriasis tipo 1) y HLA DRB1, (relacionado al prurigo actínico). De estos 20 pacientes con PP, 19 son mujeres con psoriasis tipo 1 (edad promedio de comienzo de la enfermedad 11 años) e historia familiar en 13/20. Sus lesiones se presentan en zonas expuestas y en los meses de verano. Existe una fuerte asociación con HLA Cw0602 presente en 16/17 pacientes 2 homocigotas y 14 heterocigotas y no para el HLA DRB10407. Los test con UVB de banda angosta, UVA y luz visible mostraron mínimo eritema en los pacientes con PP, mientras que la provocación con UVA de banda ancha induce una rápida y anormal respuesta clínica en los pacientes con PP y ninguna en el resto de los pacientes. Los anticuerpos antinucleares fueron similares en todos los pacientes. UVA de banda ancha induce acantosis, infiltración de neutrófilos y cambios específicos en los linfocitos CD4+, CD8+ y CD45RO+ en pacientes con PP.

Entonces se ha definido fenotípicamente un subtipo de pacientes de psoriasis (PP), con un fuerte patrón estacional y desarrollada en zonas expuestas que se expresa sobre todo en mujeres de psoriasis tipo 1 con marcada relación al HLA Cw0602.

4.-Riesgo de tuberculosis es más alto para la terapia con anticuerpos monoclonales anti factor de necrosis tumoral que para la terapia anti receptor soluble del TNF. Estudio prospectivo de tres años del Registro del Grupo Francés de Investigación de Tolerancia a Bioterapias.

Tubach, F.; Salmon, D.; Rabaul, P. y cols del Grupo Francés de investigación en tolerancia a bioterapias.

Arthritis Rheum 2009;60 (7):1884-1894.

Es conocida la asociación de tuberculosis (TBC) relacionada a la terapia anti-TNF. El objeto del estudio es conocer la incidencia de TBC para cada anti-TNF disponible y detectar los factores de riesgo para su desarrollo. Para eso incluyeron todos los pacientes del registro nacional de tuberculosis que estuvieran en terapia anti-TNF entre febrero de 2004 y enero de 2007.

Detectaron 75 casos de TBC, de los cuales validaron el diagnóstico en 69 de ellos según un comité de expertos. De ellos 40 pacientes tenían artritis reumatoidea (AR), 18 espondiloartritis, 9 enfermedad inflamatoria intestinal, 1 psoriasis y 1 enfermedad de Behcet.

Recibían 39 infliximab, 28 adalimumab y 5 etanercept. Tenían factores de riesgo para TBC 51 de ellos, 34 (66.7%) al menos un factor de riesgo (PPD > ó igual a 5mm, Rx de tórax con hallazgos compatibles con TBC, historia de exposición ó enfermedad no tratada, ó nativo de área endémica). Ninguno había recibido correcta quimioprofilaxis. Además uno de ellos era diabético, 3 tenían historia de cáncer, uno sufría EPOC y ninguno era VIH positivo. Presentaron enfermedad pleuropulmonar y/ó adenitis mediastinal 27 pacientes (39%), enfermedad extrapulmonar 42 pacientes (61%): enfermedad diseminada 28 pacientes (41%), adenitis no mediastinal 7 (10%), otras (1 espondilitis, 2 meningoencefalitis, 1 subcutánea, 1 laríngea, 2 ileocólica) 7 pacientes (10). El tiempo medio para el desarrollo de enfermedad fue de 12 meses de iniciado el tratamiento. El ratio de incidencia estandarizado para TBC fue de 18.6 para infliximab, 29.3 para adalimumab y 1.8 para etanercept. En conclusión este trabajo encuentra de 7 a 17 veces la diferencia de riesgo de TBC dependiendo de los dos tipos de anti-TNF usados. El riesgo fue mayor para el primer año de tratamiento, favoreciendo la reagudización de una enfermedad latente. Además se destaca que ningún enfermo había recibido la quimioprofilaxis recomendada.

5. Tratamiento de psoriasis y de artritis psoriática con agentes sistémicos tradicionales: Del cuerpo médico de la Fundación Nacional Psoriasis.

Menter A; Korman N; Elmets C; Feldman S y cols.

J Am Acad Dermatol 2009. Publicado online 30 de mayo.

La Psoriasis es una enfermedad común, crónica, inflamatoria y multisistémica que afecta predominantemente la piel y las articulaciones. De los múltiples tratamientos que se han incluido en el arsenal del abordaje terapéutico de los pacientes con psoriasis, las consideradas drogas sistémicas "tradicionales" juegan un rol muy importante. En esta guía de tratamiento, los autores que forman parte de la National Psoriasis Foundation, realizan una revisión intensiva tanto de la eficacia, la tolerabilidad, la toxicidad como de las indicaciones de uso de Metotrexate, Ciclosporina y Acitretina. También se hace una breve mención sobre la información disponible acerca del uso de otras drogas como la leflunamida, azatioprina, ésteres del ácido fumárico, hidroxiurea, micofenolato mofetil, sulfasalazina, tacrolimus y 6 mercaptopurina. Se hace hincapié en la importancia de adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente.

6. Psoriasis. Comorbilidades. Asociaciones

Pellerano G; Buonsante ME.

Dermatol. Argent. 2009; 15(1): 18-26.

Desde los últimos años el tema psoriasis, comorbilidades y asociaciones, ha despertado un creciente interés. Esto ha dado lugar a la aparición de múltiples publicaciones donde se discute que además de afectar la calidad de vida del paciente, la psoriasis podría estar ligada a un aumento de mortalidad per se. En este trabajo de "Educación Médica Continua", las autoras realizan una exhaustiva revisión de la información existente acerca de la psoriasis y sus comorbilidades y asociaciones a nivel Psiquiátrico, neoplasias, obesidad, enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente y otros compromisos viscerales como el pulmonar y hepático. Concluyen que de todo lo que exponen es adecuada la tendencia actual de redefinir a la Psoriasis como una enfermedad sistémica que debe ser abordada interdisciplinariamente y donde el dermatólogo juega un rol crucial, al ser muchas veces el primer especialista consultado por el paciente.

7. Seguridad de los Agentes Anti TNF en ancianos

Migliore A; Bizzi E; Lagana B; Altomonte L y cols.

Int. J. Immunophatol. Pharmacol. 2009 Apr-Jun; 22(2):415-26.

Si bien la psoriasis, la artritis psoriática, la espondilitis anquilosante y otras enfermedades

inflamatorias que requieren de terapias anti factor de necrosis tumoral alfa son de comienzo mas frecuente alrededor de los 20 o 30 años, muchos pacientes con artritis reumatoidea pueden comenzar su enfermedad en la sexta década. Además y debido a las co morbilidades, pacientes con otras de las enfermedades que requieren estos tratamientos pueden deteriorarse en la edad adulta.

En los ensayos clínicos en los que se estudian estos medicamentos, el límite de edad de inclusión es cerca de los 65 años. Por lo tanto es poca la información que se tiene del manejo en ancianos.

En este trabajo retrospectivo, los autores buscan determinar el perfil de seguridad del infliximab, el etanercept y el adalimumab en pacientes mayores de 65 años.

Concluyen que estas terapias anti TNF son seguras en este grupo etario y que la investigación previa que requieren estos pacientes es similar a la de los mas jóvenes.

8. Psoriasis de cuero cabelludo: Consenso Europeo de clasificación y algoritmo terapéutico

Ortonne J; Chimenti S; Luger T; Puig L y cols.

J Eur Acad Dermatol Venereol 2009 Jul 15. En prensa

El cuero cabelludo es un sitio común de afectación por psoriasis, de difícil tratamiento y que en general impacta negativamente en el paciente. La cercanía con la piel de la cara, la dificultad de acceso por el pelo y la característica recidivante, hace que sea dificultosa su terapéutica.

En este trabajo se vierten las conclusiones de una discusión de un panel de expertos sobre el tema, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) en Marzo del 2008. El objetivo de la reunión fue rever los tratamientos establecidos para la psoriasis del cuero cabelludo en términos de eficacia, seguridad, conveniencia y compliance por parte del paciente. Al mismo tiempo se estableció una clasificación según afectación leve, moderada o severa y un algoritmo terapéutico acorde a estas categorías. Se consideraron los tratamientos tópicos con corticosteroides, ácido salicílico, derivados de la vitamina D3, fototerapia y también los tratamientos sistémicos incluyendo los agentes biológicos para el caso en que la psoriasis del cuero cabelludo acompañe a un compromiso cutáneo más extenso.

Según la información vertida en ensayos clínicos, el uso de corticoides tópicos potentes por períodos cortos es el tratamiento más efectivo para la psoriasis de cuero cabelludo.

9. Briakinumab.

Taligare, X.; Abuabara, K.; Boer Kimball, A. Y Cavalcante, H.

Expert Opin Biol Ther 2009; 9(8):1107-1113

A pesar de tener disponible hoy en día un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento de la psoriasis, aún existe la necesidad de nuevas drogas más seguras y efectivas a largo plazo. Según una encuesta llevada a cabo por la Fundación Nacional Psoriasis sólo el 48% de los pacientes se considera satisfecho con su tratamiento actual.

Existen nuevas y promisorias terapias biológicas en desarrollo para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica. Entre ellos se cuenta con certolizumab y golimumab, ambos anti-TNF y los anticuerpos anti-p40 IL-12/23, ustekinumab y briakinumab.

Briakinumab es un anticuerpo IgG1 monoclonal totalmente humano diseñado para bloquear la subunidad p40 del receptor que es compartida por las IL-12 y 23. Estudios in vivo mostraron que disminuye la secreción de IL-12, IL-6, INF-gamma y TNF-alfa.

Estudios de fase II doble ciego randomizado, controlados contra placebo, desarrollados sobre 180 pacientes con psoriasis en placa moderada a severa mostraron que más del 90% de los pacientes alcanzaban PASI 75 a las 12 semanas y más del 85% mantenía al menos PASI 50 a las 24 semanas. En cuanto a seguridad, se presentaron reacción en el sitio de inyección en 16.7%, infecciones en 34.7% y 23.3% de los pacientes tratados con briakinumab y placebo respectivamente. Nasofaringitis e infecciones respiratorias altas fueron los efectos adversos más frecuentes. No se observaron infecciones oportunistas serias, ni por micobacterias ni salmonellas. Se reportaron dos casos de tumores, uno de piel no melanoma en el grupo tratado y uno de ovario en el grupo placebo. No hubo eventos cardiovasculares ni complicaciones hematológicas.

Briakinumab parece hasta el momento cumplir con un perfil de seguridad aceptable, faltan estudios que aún están en curso acerca de tratamiento comparativo con terapias convencionales, por lo que se lo cuenta como una terapia para considerar a futuro. Otra

terapia anti-IL-12/23, ustekinumab cuenta con la aprobación en Europa y Canadá, estando pendiente su aprobación en Estados Unidos. Algunos reportes alertan acerca de infecciones por micobacterias y salmonelosis en pacientes con deficiencia de IL-12/23, sin embargo no se han registrado estas infecciones a lo largo de los ensayos clínicos.

Comisión de Newsletters

- Dres. Cristina Echeverría
- Ignacio Dei-Cas
- Rosana Veira

www.solapso.org

solapso@solapso.org