

PSORIASIS ERITRODERMICA Y ARTROPATICA DE DIFICIL MANEJO

Dra. Escobar Correa C., Dra. Barrio I., Dra. Veira R., Dra. Corbella C., Dra. Kogan N.,
Dra. Prof. Hassan M.

Servicio de Dermatología - Hospital J. M. Ramos Mejía

Buenos Aires – Argentina

caromesc@hotmail.com

PACIENTE EN SEMANA 0



Introducción

Se presenta el caso de un paciente de 55 años, sexo masculino, argentino. Trabajos: metalúrgico, fábrica de pintura, actualmente esporádicos. No presenta antecedentes personales ni familiares de jerarquía.

Con diagnóstico hace 15 años de Psoriasis vulgar y artropática, recibió tratamiento con Metotrexato dosis ascendentes hasta alcanzar 20 mg./sem., dosis acumulada 4,5 gr. Por abandono del tratamiento, se interna con cuadro de regular estado general, eritrodermia con escamas gruesas, fácilmente despegables, queratodermia palmo-plantar, artritis de manos y pies que impiden la deambulacion, registros febriles aislados.

Estudios Complementarios

Laboratorio:

VES: 65 mm.

Hemocultivos x 2 y urocultivos: negativos.

Serologías HIV, HBV, HCV: no reactivas.

Rx. Tórax: s/p. Rx. de manos y pies: poliartritis asimétricas predominio distal, entesitis en talón.

Ecocardiograma: s/p.

PPD: negativa.

Evolución

Debido a la severidad de la psoriasis cutáneo-articular y la falta de respuesta al tratamiento con Metotrexato, se decide iniciar Infiximab a 5mg/kg/dosis. Semanas 0-2-6 y cada 8 semanas. Asociado a Metotrexato 10 mg. vía oral semanal y acido fólico 5 mg.

-Semana 0: PASI 59,1; DLQI 26: INFLIXIMAB 1° Dosis

-Semana 2: PASI 36,3; DLQI 16: INFLIXIMAB 2° Dosis

-Semana 6: PASI 24; DLQI 10: INFLIXIMAB 3° Dosis

-Semana 14: PASI 5,1; DLQI 2,3; VES: 11mm. Resto Sin Particularidades: INFLIXIMAB 4° Dosis

-Semana 22: No se realizó 5° dosis por lo cual el paciente presentó rebote: PASI 24; DLQI 1,6.

Actualmente : Metotrexato 15 mg. vía oral semanal y Acido Fólico 5 mg. PASI 15; DLQI 1,6

Conclusión

Paciente con artritis psoriásica severa, de difícil tratamiento con dosis acumulada de Metotrexato de 4,5 gr. En interconsulta con el servicio de hepatología, evaluando riesgos y beneficios, se decide no realizar biopsia hepática.

Destacamos la importancia del uso de agentes biológicos como monoterapia o asociados a otras terapéuticas ante: fracaso o intolerancia a medicación sistémica convencional, pacientes con contraindicaciones absolutas a otras terapéuticas, psoriasis artropática que no ha respondido satisfactoriamente a uno o más agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME). La rápida respuesta en el tratamiento agudo y el mantenimiento a largo plazo de los efectos del tratamiento instaurado

Bibliografía

-Kalb RE, Strober B, Weinstein G, Lebwohl M: Methotrexate and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. J. Am. Acad. Dermatol. 2009 May; 60(5): 824-37.

-RB Warren, BC Brown, D Lavery, DM Ashcroft and C.E.M. Griffiths: Biologic therapies for psoriasis: practical experience in a UK tertiary referral centre. Br. J. Dermatol. 2009 Jan;160 (1): 162-169.

-Strober B, Berger E, Cather J, Cohen D, Crowley J, Kenneth G, Gottlieb A, Horn E, Kavanaugh A, Korman N, Krueger G, Leonardi C, Menter A, Schwartzman S, Sobell J, Young M: A series of critically challenging case scenarios in moderate to severe psoriasis: A Delphi consensus approach. Supplement to J. Am. Acad. Dermatol. 2009 July; 61(1):1-46.

-Premio: Profesor Dr. Luis M. Baliña 2008, otorgado por la Universidad del Salvador, con la presentación del trabajo titulado "Psoriasis y artropatía psoriásica: epidemiología, manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas" perteneciente al Grupo del Hospital Ramos Mejía, Consultorio de Psoriasis, Servicio de Dermatología y Servicio de Reumatología del Hospital Ramos Mejía, CABA.

SEM. 0
PASI 75 =
59.1
DLQI = 26

1°
DOSIS
DE
INFLIX.

SEM. 2
PASI 75 =
36.3
DLQI = 16



SEM. 22
NO REALIZA 5° DOSIS DE
INFLIXIMAB =
REBOTE

