



[www.solapso.org](http://www.solapso.org)  
[solapso@solapso.org](mailto:solapso@solapso.org)

**Comisión de Newsletter:**

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

---

**1. Seguridad del Etanercept en pacientes con Psoriasis y Hepatitis C, determinada mediante la realización de biopsia hepática. Datos preliminares.**

*Paradisi A, Caldarola G, Capizzi R, Siciliano M, Annichiarico E, Vecchio FM, Amerio PL, De Simone C. J Am Acad Dermatol. 2010 Jun;62(6):1067-9.*

Los autores trataron a 2 pacientes con psoriasis y artritis psoriásica y hepatitis C con Etanercept 25 mg SC 2 veces x semana durante 1 año y realizaron biopsia hepática pre y postratamiento, además del monitoreo de la función hepática por laboratorio.

Los pacientes presentaban psoriasis severa (PASI de 24 y 25) y no recibieron tto para la hepatitis C con IFN ni Ribavirina. Al año de tratamiento habían alcanzado una mejoría del 90% de su psoriasis medida por PASI (PASI 90) y mejoría del compromiso articular.

Los exámenes de laboratorio, la carga viral y la biopsia hepática NO mostraron cambios significativos durante el seguimiento.

Los autores concluyen que este es el primer estudio que muestra la seguridad del Etanercept en pacientes con Hepatitis C seguidos con biopsia hepática.

---

**2. La rotación de Etanercept a Adalimumab es efectiva y segura. Resultados obtenidos en 30 pacientes con falla primaria, secundaria o intolerancia al tratamiento con Etanercept.**

*van Lümmig PP, Lecluse LL, Driessen RJ, Spuls PI, Boezeman JB, van de Kerkhof PC, de Jong EM. Br J Dermatol. 2010 Jul 22. En prensa*

El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia y la seguridad de adalimumab en pacientes con psoriasis que habían tenido falla primaria, secundaria o intolerancia al etanercept. Se incluyeron 30 pacientes que habían recibido etanercept como su primer biológico. Los datos se obtuvieron de 2 registros prospectivos de todos los pacientes que habiendo fallado con etanercept continuaron con adalimumab.

Comparado con el PASI basal (antes de recibir etanercept), la mejoría promedio de PASI así como el PASI 50; 75 y 90 a la semana 48 de tratamiento con adalimumab fueron equivalentes a los que habían obtenido los pacientes cuando estaban en tratamiento con etanercept. A la semana 48, el 54 % de los pacientes habían obtenido PASI 75. El haber recibido etanercept previamente no modificó la tolerancia ni efectos adversos relacionados con adalimumab.

Los autores concluyen que el adalimumab puede ser una opción segura en el tratamiento de la psoriasis en los pacientes que

discontinúan etanercept, cualquiera sea la causa de la discontinuación.

---

### **3. Evaluación de la artritis psoriática en la clínica dermatológica**

*O'Rielly, D; Rahman P. J Cutan Med Surg. 2009 ; 13 supp 2 : 88-92*

La artritis psoriática es una artritis inflamatoria y una de las comorbilidades asociadas a la psoriasis. Su diagnóstico temprano y la instauración de un tratamiento efectivo es crucial para evitar deformaciones articulares.

En este trabajo de revisión los autores describen la utilización de los criterios clínicos de CASPAR para el diagnóstico de la enfermedad articular, espinal y entesal inflamatoria. Consideran que estos criterios que tienen una especificidad del 98,7% y una sensibilidad del 91,4% son de gran utilidad en la práctica clínica. Además evalúan la utilidad de la clasificación de la artritis psoriática de Wright y Moll y hacen algunas consideraciones prácticas acerca de cómo arribar al diagnóstico y al tratamiento adecuados.

---

### **4. Los últimos avances en farmacogenética y farmacogenómica en el tratamiento de la psoriasis**

*Ryan C.; Menter A.; Warren RB. Mol Diagn Ther. 2010 Apr 1;14(2):81-93*

Los tratamientos sistémicos tradicionales y biológicos que se usan para psoriasis, tienen un grado variable de eficacia y de toxicidad, además de en algunos casos un costo muy elevado.

Existe una gran necesidad de desarrollar biomarcadores que puedan individualizar la terapia de la psoriasis y predecir la eficacia en cada paciente. Para ello, la identificación de marcadores farmacogenéticos y farmacogenómicos podría ser útil para predecir la respuesta a los tratamientos y además para desarrollar una terapéutica personalizada.

En este trabajo de revisión se detalla cuál es el estado de la investigación actual de estos biomarcadores para psoriasis. Se concluye que los trabajos realizados hasta el momento no poseen de una fuerza ni reproducibilidad suficiente para establecer la eficacia ni la seguridad de estas terapias pero que es necesario avanzar en esta vía de investigación a través de estudios colaborativos para obtener resultados más confiables.

---

### **5. Psoriasis y evolución del embarazo: Un estudio basado en la población general**

*Yang YW; Chen CS; Chen YH; Lin HC. J Am Acad Dermatol 2010 oct 21. En prensa*

El objetivo de este estudio fue investigar si la psoriasis materna se asoció con un riesgo aumentado de efectos adversos en la embarazada, en el feto y en el recién nacido, comparado con la evolución del embarazo en mujeres de la población general no afectadas por la enfermedad.

Se incluyeron 1463 madres con psoriasis y 11704 madres sin psoriasis elegidas por randomización de la población general. Del grupo con psoriasis, 645 madres (44,1%) que habían recibido fotoquimioterapia o tratamiento sistémico dentro de los 2 años previos al embarazo fueron incluidas en un grupo de psoriasis severa. Se evaluaron: bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, necesidad de cesárea, crecimiento no acorde a edad gestacional, preeclampsia y eclampsia.

Como resultado obtuvieron una mayor incidencia, estadísticamente significativa, de bajo peso al nacer en las mujeres con psoriasis severa. Sin embargo las mujeres con psoriasis moderada no tuvieron ninguna diferencia estadísticamente significativa de los efectos adversos descriptos comparados con la población general.

---

## 6. CCR6 (Receptor de quimioquina 6): un posible target terapéutico en psoriasis

*Hedrick MN; Lonsdorf AS; Hwang ST; Farber JM. Expert Opin Ther Targets 2010; 14 (9): 911-22*

Los receptores de quimioquinas son receptores acoplados a la proteína G que intervienen en el control del tráfico de leucocitos y ello los convierte en posibles target terapéuticos de sumo interés.

El CCR6 se expresa en los linfocitos T th 17 que producen IL-17; IL-22, TNF alfa y otras quimioquinas que han sido implicadas en la patogénesis de la psoriasis. Se ha demostrado que tanto el CCR6 como su ligando CCL20/MIP-3 alfa están fuertemente expresados en la piel con psoriasis, y que el CCR6 es necesario para la inducción de lesiones en un modelo de inflamación psoriática en piel de ratón.

En este trabajo se revisa la evidencia disponible desde el año 2000 hasta la actualidad, sobre la importancia del eje IL-23/Th 17 y particularmente del CCR6 y su ligando en la patogenia de la psoriasis y la posibilidad de inhibir al CCR6 como una opción terapéutica.

---

## 7.- Comorbilidades en psoriasis.

*Kogan, N.; Veira, R.; Chaparro, E.; Crespo, A.; Gusi, S. y Hassan, M. Psoriasis Forum 2010,16;(3):23-30*

Se trata de una revisión acerca de 170 pacientes de psoriasis del Consultorio de Psoriasis del Hospital Ramos Mejía de la ciudad de Buenos Aires. Analiza las siguientes comorbilidades: hipertensión arterial, síndrome metabólico, diabetes mellitus, dislipidemia, sobrepeso-obesidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad hepática y enfermedad tiroidea. Compara pacientes con comorbilidades con pacientes sin comorbilidades y a la vez con 1, 2 y 3 o más comorbilidades analizando entre estos pacientes variabilidad en las formas clínicas y severidad de la psoriasis.

Ellos identifican que 36% no presenta comorbilidades asociadas y 64% sí. Sólo la edad, la duración de la enfermedad y la forma clínica de psoriasis en gotas mostraron asociación estadística y correlación con las comorbilidades.

La presencia de comorbilidades y su incremento se asocia con la edad avanzada y la duración de la enfermedad, mientras que la psoriasis en gotas tiene una relación inversa. Sin embargo no debe olvidarse de este grupo de pacientes dado que al tener un inicio temprano, con la evolución de su psoriasis se deberá monitorear para detectar las comorbilidades en forma precoz.

---

## 8.-Psoriasis severa- Terapia Oral con un nuevo retinoide.

*Frederiksson, T y Petterson, U. Dermatológica 157:238-244 (1978)*

Si bien este newsletter tiene como objetivo la actualización bibliográfica, la autora consideró traer este artículo a revisión porque se trata del primer artículo en la bibliografía que describe y utiliza el PASI (Psoriasis Area and Severity Index) en el ensayo clínico de una nueva droga. Si bien es un índice de severidad ampliamente utilizado hoy en día en la práctica clínica, se revisa su descripción original que se usó en el ensayo con Ro 10-9359, que fue luego el etretinato, una droga usada durante muchos años en psoriasis.

Para calcular este índice se divide el cuerpo en 4 áreas: cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores, correspondiendo respectivamente a 10, 20, 30 y 40% de la superficie corporal. Al compromiso de la superficie de cada área del cuerpo se le dio un valor numérico de 0: sin compromiso a 6: 100% comprometida. Respecto a la severidad de las lesiones se consideró el eritema, la infiltración, la escama con una escala de 0 a 4. Se sumaron los grados de severidad y se multiplicaron por el porcentaje de áreas comprometidas. El PASI varía entre 0 y 72, con variaciones de 0.1, 72, sería una eritrodermia severa y 0 representaría un completo clareamiento. PASI mayor de 10 se considera en general psoriasis severa, pasible de tratamiento sistémico, aunque deben hoy en día considerarse además situaciones, deterioro de calidad de vida y localizaciones especiales.

Este estudio llevado a cabo entre octubre de 1975 y abril de 1976 fue el primero en utilizar una medida objetiva como el PASI para determinar la eficacia de un tratamiento en psoriasis.

---

## 9.- El uso de ciclosporina en dermatología: Parte I.

*Amor, C.; Ryan, C. y Menter A. J Am Acad Dermatol 2010;(63):925-46*

La ciclosporina es un péptido compuesto de 11 aminoácidos desarrollado en 1970 en Basilea, Suiza a partir de un hongo del suelo noruego *Tolycopladium Inflatum* Gams por los laboratorios Sandoz cuando buscaban un nuevo antifúngico. No fue hasta 1976 que se descubrieron sus propiedades inmunosupresoras y en 1978 comenzó a utilizarse en prevención del rechazo de trasplante renal cadavérico y marcó un hito en la prevención del rechazo de trasplante de órganos.

En 1979, accidentalmente administrándose a 5 pacientes con artritis reumatoidea y artritis psoriásica que además tenían psoriasis cutánea, notaron su eficacia y rapidez en el blanqueamiento de las lesiones de psoriasis. Sin embargo no fue hasta 1993 en Europa y 1997 en USA cuando se contó con su aprobación para psoriasis.

Su mecanismo de acción es inhibiendo a la calcineurina bloquea selectivamente al linfocito T. Es el tratamiento convencional que alcanza el PASI 75 más alto (70% de los pacientes) con dosis entre 2 y 5 mg/kg/día administrado en dos tomas.

Este trabajo no solo revisa toda la bibliografía y trabajos sobre esta droga en psoriasis sino el resto de sus indicaciones, eccema, pioderma gangrenoso, enfermedades ampollares, por lo que constituye una guía completa y actualizada, para tener en cuenta recordar todas las indicaciones de esta droga que cuenta con casi 40 años de experiencia en su uso y poder manejarla en forma eficaz y segura.

---

## 10.- Comparando terapias biológicas en psoriasis: implicaciones para la práctica clínica.

*Griffiths, C. JEADV, recibido 12 de julio de 2010, aceptado para publicación 6 de agosto.*

Se debe considerar la eficacia limitada, seguridad y tolerabilidad de los tratamientos sistémicos convencionales al momento de tratar psoriasis severas. Las últimas informaciones acerca de la fisiopatología de la psoriasis orientan el tratamiento hacia las terapias biológicas y establecen un nuevo paradigma: el tratamiento continuo y temprano.

Pocos estudios existen comparativos de tratamientos sistémicos de psoriasis, uno randomizado MTX vs. CyA alcanza un PASI 75 de 60% para el grupo de MTX y 71% en el grupo CyA. Respecto a biológicos, se encuentra el estudio Champion, adalimumab 80% PASI 75 a las 12 semanas vs. 30% para el MTX, debe observarse en este estudio el corto plazo y las dosis bajas de MTX utilizadas de inicio. El estudio ACCEPT, compara ustekinumab 45 mg, ustekinumab 90 mg vs. Etanercept, resultando a las 12 semanas 57% de PASI 75 para etanercept, 68% para ustekinumab 45 mg y 74% para la dosis de 90 mg.

En resumen son pocos los estudios clínicos comparativos en psoriasis, la mayoría se limitan a un plazo de 12 semanas, lo que no tiene en cuenta los diferentes mecanismos y tiempos de acción de cada medicación y se debe esperar aún los estudios de seguridad y eficacia a largo plazo.

**Agradecemos la Colaboración del Dr. Sebastián Fagre en este newsletter**