



1.- Psoriasis ocular.

Rehal, B.; Modytahedi, B.; Morse, R. y cols.

J Am Acad Dermatol (en prensa)

La psoriasis se asocia a variedad de manifestaciones extra cutáneas y entre ellas son comunes las complicaciones oculares. Su tasa de incidencia no está bien definida y varía según diferentes autores entre 10 y 67%. Estas complicaciones muchas veces son subestimadas.

Pueden comprometer diferentes estructuras oculares, las manifestaciones más frecuentes son: blefaritis cuando afecta párpados, se ve en eritrodermias y el grado más severo constituye el ectropión, conjuntivitis cuando afecta conjuntiva, queratitis cuando se compromete la córnea, uveítis cuando afecta úvea, esta complicación es más frecuente en pacientes con artritis, sobre todo con compromiso axial, y si bien no es frecuente es de las afecciones oculares junto con las cataratas (afección del cristalino).

Este trabajo amplía detalles sobre estas complicaciones, para los dermatólogos constituye un punto más para tener en cuenta al atender enfermos con psoriasis y no dejar de lado sus comorbilidades asociadas. Es papel del dermatólogo interrogar sobre sintomatología y derivar al paciente al oftalmólogo para detectar y tratar en conjunto estas manifestaciones de la psoriasis que comprometen profundamente la calidad de vida del paciente con psoriasis.

2.- Tratamiento de Psoriasis: Una revisión de las actuales líneas de investigación.

Golant, A. y Guttman-Yessky, E.

Psoriasis Forum 2011 Vol 17 N° 1 p 11-23

El objetivo del tratamiento de la psoriasis es suprimir sus manifestaciones y prevenir las recaídas. En la última década los medicamentos biológicos han revolucionado el arsenal terapéutico de la psoriasis. Al avanzar en el conocimiento de la inmunopatogénesis de la enfermedad se han desarrollado nuevas drogas enfocadas en los diferentes mecanismos inmunológicos.

Entre ellos se cuenta con los antiinterleukinas 12/23, briakinumab, discontinuado en fase III y ustekinumab en estudio para artritis y ya aprobado para psoriasis cutánea. Los inhibidores de la calcineurina: voclosporina, se administra vía oral, en fase III. Los inhibidores de la fosfodiesterasa 4: apremilast, vía oral en fase III y AN2728, tópico en fase II. El certolizumab, otro anticuerpo monoclonal pegilado anti-TNF, de administración subcutánea en fase III. Hay en fases II y III, tres inhibidores de la IL17 de administración IV o SC: AIN457 (secukinumab), LY2439821 y AMG827. También se investigan inhibidores de proteinkinasa C y janokinasas, que se administran vía oral, antichaperonina 10, anti IL22 de administración SC o IV en fases I-II.

Existen diversas líneas de investigación con diferentes mecanismos de acción, lo que constituye un futuro prometedor, en el que se seguirán incorporando al arsenal terapéutico contra la psoriasis nuevas drogas con mecanismos de acción innovadores.

3.- Riesgo incrementado de infecciones que requieren internación en pacientes con psoriasis: Un estudio cohorte basado en la población.

J Am Acad Dermatol 2011; 65:1135-44

Marlies Wakkee, Esther de Vries, Pieter van den Haak y Tamar Nijsten.

Se cree que las alteraciones inmunes o los tratamientos para la psoriasis predisponen a infecciones severas.

El estudio se llevó a cabo sobre una base de datos danesa con registro de 2.5 millones de habitantes durante 6 años. Sobre 25.742 pacientes con psoriasis comparados con 127.710 controles.

Se encontró que el riesgo de infecciones severas fue el doble para los pacientes con psoriasis, este riesgo se relaciona con la severidad de la psoriasis. Diabetes y EPOC se presentaban en el doble de los pacientes con psoriasis que en controles.

Las infecciones más frecuentes que se presentaron fueron respiratorias tanto altas como bajas, abdominales y rectales, cutáneas y subcutáneas (bacterianas, virales, parasitarias y micóticas superficiales y profundas, postoperatorias, de la vía urinaria y sepsis entre otras. Este riesgo no se pudo relacionar a los tratamientos de la psoriasis.

Este estudio tiene algunas limitaciones como la falta de registro de algunos datos acerca de hábitos, estilo de vida y conductas de riesgo, sin embargo sus resultados son consistentes con trabajos previos de otros investigadores.

4.- Pronóstico seguido al primer infarto de miocardio en pacientes con psoriasis: Un estudio cohorte danés.

Marlies Wakkee, Esther de Vries Pieter van den Haak, y Tamar Nijsten.

J Intern Med 2011; 270: 237–244

La magnitud del riesgo cardiovascular en los pacientes con psoriasis es ampliamente debatida y el pronóstico que les sigue a los pacientes con psoriasis que sufren su primer infarto es desconocido.

El estudio compara el pronóstico en el seguimiento de 462 pacientes con psoriasis vs. 48935 controles, fueron seguidos desde 2002 a 2006 aproximadamente y se obtuvieron los datos del Registro Nacional de Pacientes Danés. El trabajo mostró que los pacientes con psoriasis presentaban más comorbilidades, dislipemias, DBT, EPOC, signos de disfunción ventricular severa y riesgo CV que los controles. El tratamiento, el seguimiento y la adherencia de los pacientes fueron similares en ambos grupos, si bien los pacientes con psoriasis recibían más estatinas y menos beta-bloqueantes que los controles. La sobrevida de los pacientes con psoriasis fue menor que los controles, presentaron más eventos cardiovasculares: ACV, otro IAM y muerte súbita, requirieron más intervenciones de urgencia, cateterismos, y tratamientos invasivos.

Este es el primer estudio de seguimiento luego del infarto en psoriasis, pero sus hallazgos concuerdan con trabajos previos. Esta evidencia nueva se constituye en otro factor a tener en cuenta para prevenir en los factores de riesgo y hábitos de pacientes pasibles de tratamiento y en detectarlos precozmente y quizá en el tratamiento más agresivo de estas comorbilidades.

5.-Un retrovirus endógeno K dUTPasa desencadenante de la respuesta Th1, Th17: Tiene esto un rol en la psoriasis?.

Ariza, M. y Williams M.

J Invest Dermatol (2011) 131, 2419–2427

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria immune en la que se interrelacionan factores genéticos y ambientales. Recientes análisis sugieren que la enzima deoxiuridín trifosfato nucleotidohidrolasa codifica para la mutación de un retrovirus K, el HERV-K. El virus HERV constituye un 7-8% del genoma humano. Este retrovirus mutado induce la activación de NF-kB a través del receptor Toll like tipo 2, que a la vez desencadenan la secreción de citoquinas por parte de los linfocitos Th1 y Th17. Las citoquinas liberadas estimulando a las células dendríticas y al queratinocito están involucradas en la formación de las placas psoriásicas (IL-12p40, IL-23, IL-17, TNF-alfa, IL8 y CCL20).

Estas evidencias sugieren que la mutación de este virus podría actuando sobre PSORS1 actuar como potencial desencadenante de la cascada inflamatoria en la psoriasis.

6.-Evaluación de un ensayo de IFN-gamma en el diagnóstico de tuberculosis latente en pacientes con psoriasis en una zona de alta endemia.

De Andrade Lima, E.; De Andrade Lima, M.; Barros de Lorena, V. y cols.

Acta Derm Venereol 2011; 91: 694–697.

El screening para detectar TBC latente es mandatorio antes de iniciar terapia anti-TNF en los pacientes con psoriasis. Sin embargo en zonas endémicas con población vacunada y expuesta esto constituye un desafío.

En países desarrollados se ha demostrado la superioridad de los test basados en el ensayo de IFN-gamma en células T (IGRA) sobre la prueba cutánea de tuberculina (PPD), pero esto es un debate en zonas endémicas.

En el estudio se evaluaron 33 pacientes con psoriasis y 30 controles. La positividad de la prueba tuberculínica fue mayor en controles que en psoriasis (53% vs. 18%), y la induración del test también 9.3 vs. 2.6 mm respectivamente. En contraste, no hubo diferencias significativas en la positividad de la respuesta del test IGRA (47 vs. 43%).

Los dos test presentaron concordancia en el grupo control, pero no así en los pacientes con psoriasis. En conclusión, en una zona endémica, el test in vitro fue superior a la prueba cutánea de tuberculina en diagnosticar TBC latente en pacientes con psoriasis.

7.-Exposición paterna a metotrexate y progresión del embarazo.

Beghin, D.; Cournot, M. y cols

J Rheumatol 2011; 38:628–32

Metotrexate (MTX) es un antagonista del ácido fólico usado en el tratamiento de algunos cánceres, enfermedades reumáticas y psoriasis. El síndrome del aminopterín/MTX fetal se ha descrito en mujeres que lo recibían por malignidades o como abortivo. Este síndrome incluye anomalías esqueléticas, microcefalia e hidrocefalia. Mientras que la teratogenicidad en la embarazada es incuestionable cuando se expone a principios del embarazo, los potenciales riesgos para el feto durante la exposición paterna permanecen poco claros.

Alrededor de 20 casos de nacimiento de niños normales expuestos al MTX por vía paterna se han reportado. Este estudio es prospectivo, de seguimiento de embarazos en los cuales el padre había sido tratado durante la concepción o hasta 3 meses antes. Se desarrolló con datos obtenidos del Servicio de Información Teratológica de París durante el período 1997-2009.

Se reportaron 42 embarazos comprometiendo a 40 hombres tratados con MTX al tiempo de la concepción. De ellos, 23 (54.8%) eran tratados por enfermedades inflamatorias, 9 (21.4%) por psoriasis y 8 (19%) por malignidades. Las dosis recibidas oscilaban entre 7.5 y 30 mg. semanales. Los embarazos resultaron en 36 nacidos vivos, 3 abortos espontáneos y 3 voluntarios. No se observaron anomalías congénitas durante este estudio.

8.- Metotrexate y uso de alcohol.

Price, S.; James, C. y Deighton, D.

Clin Exp Rheumatol 2010; 28 (Suppl. 61): S114-S116.

Tanto alcohol como MTX se asocian a hepatotoxicidad, por lo tanto es razonable que en la práctica clínica se desaconseje esta asociación. Este artículo revisa las guías de recomendación de uso de MTX, resume dicha literatura y considera su grado de evidencia.

La hepatotoxicidad de la droga se observó en principio en pacientes con leucemia, donde se usan dosis más altas que en enfermedades inflamatorias. En los años 1960 y 1970, se reportaron casos aislados de cirrosis hepática en pacientes con psoriasis. Los pacientes con psoriasis tienen triplicado el riesgo de hepatotoxicidad por MTX comparados con los de AR en las mismas dosis. Los pacientes con psoriasis desarrollan el hígado graso no alcohólico, pareciera que esta condición predispone a desarrollar hepatotoxicidad como una condición de la psoriasis en sí misma. Posteriores estudios revelaron que la hepatotoxicidad también se asociaba a obesidad, diabetes, dosis acumulada, falta de complementación con folatos e incrementada ingesta de alcohol.

En conclusión, la mayoría de las guías de recomendación para uso de MTX prohíben el uso concomitante de alcohol, recomiendan que se contraindique MTX en pacientes alcohólicos y desaconsejan el consumo excesivo de alcohol a los pacientes en tratamiento. El interrogatorio del paciente debe ser riguroso para detectar estas situaciones y puede ser necesaria la consulta al hepatólogo previa a iniciar tratamiento. El paciente debe ser instruido acerca de esta condición, deben considerarse otros factores predisponentes de riesgo y debe ser riguroso el monitoreo de la función hepática.

9.-Función renal en pacientes con psoriasis.

Cassano, N.; Vestita, M. y cols.

EJD, vol. 21, n° 2, March-April 2011 p 264-265

La asociación de psoriasis con otras enfermedades está bien establecida, como la enfermedad cardiovascular y el síndrome metabólico, sin embargo a la enfermedad renal no se considera habitualmente dentro de las comorbilidades de la psoriasis, a excepción de la amiloidosis renal secundaria que puede verse en la artritis Psoriásica y la nefrotoxicidad por drogas.

Se ha hipotetizado acerca de la nefropatía psoriásica como entidad en sí, pero se reportan diferentes enfermedades renales asociadas a psoriasis (glomerulonefritis membranosa, focal y segmentaria, síndrome nefrótico, nefropatía IgA). Existe evidencia que existe un incremento en la excreción urinaria de albúmina en pacientes con psoriasis, lo que sustenta que hay un compromiso succínico. La determinación de micro albuminuria es marcadora temprano de disfunción renal.

Este grupo de trabajo estudió en forma retrospectiva 109 pacientes con psoriasis con grado de severidad variable, sin artritis, y sin recibir tratamiento sistémico y 178 controles. No encontraron diferencias significativas en el clearance de creatinina entre pacientes y controles, pero sí ligero incremento de la creatinina sérica y en la excreción urinaria de albúmina.

Son necesarios estudios para cotejar resultados y establecer pautas para el monitoreo de la función renal en pacientes con psoriasis.

10.- Psoriasis de mucosas: un nuevo avance hacia una enfermedad inflamatoria sistémica.

Prignano, F.; D'Erme, A. y cols.

International Journal of Dermatology 2011, 50, 1579–1581

La prevalencia de las lesiones mucosas en psoriasis es variable entre 2 y 30%, la afección puede comprometer mucosa oral, genital, ocular y gastrointestinal. Las zonas más frecuentemente comprometidas son la lengua, mejillas y encías. En general se asocian a compromiso cutáneo. La histopatología es característica.

En mucosa oral las formas clínicas más frecuentes son la lengua fisurada y la geográfica, ambas pueden coexistir y no son específicas de psoriasis, pudiendo asociarse a otras enfermedades. En estas entidades el patrón histológico no es específico. Las mucosas gástrica y duodenal pueden presentar distrofia de las glándulas y el epitelio, disrupción de los vasos e hiperplasia linfoide, en general es asintomática. La mucosa genital suele comprometerse más frecuentemente en psoriasis pustulosa, o en las formas invertidas. La sintomatología es muy discapacitante. Por último, ojos y oídos también pueden afectarse dando conjuntivitis, uveítis y glaucoma y para el oído disfunción y disminución auditiva.

Debe en base a lo descrito tenerse en cuenta la sintomatología referida por el paciente durante el interrogatorio y tener presente que el examen físico debe extenderse a estas áreas.

Dra.

Rosana Veira

Secretaría

Viamonte 1546 - 2° "203" - 1055 - Buenos Aires, Argentina

Telefax: +54 11 4371.2267 - Tel. +54 11 4371.6894

solapso@solapso.org – Skype. Solapso –

Colaborador



Plata



Diamante

