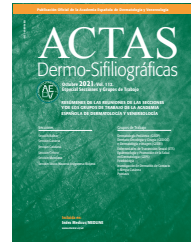




# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE PSORIASIS

### 5.º Congreso de Psoriasis: Reunión del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología Madrid, 17 y 18 de enero de 2020

#### Comunicaciones

#### 1. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LAS COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA

D.P. Ruiz-Genao<sup>a</sup>, J.L. López Estebaranz<sup>a</sup>, E. de Higes Martínez<sup>a</sup>, M.J. López Navas<sup>a</sup>, C. Guijarro Herraiz<sup>a</sup>, J.J. Gorgojo Martínez<sup>a</sup>, D. Palacios<sup>b</sup>, J.C. Peláez<sup>a</sup>, L. Pérez Carbonell<sup>c</sup>, P. Zarco<sup>a</sup>, S. Gómez<sup>c</sup>, E. Falkelbach<sup>c</sup>, F. Rebollo<sup>c</sup> y R. Almodóvar González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>b</sup>Centro de Salud Isabel II. Parla. Madrid. <sup>c</sup>Pfizer España. Madrid. España.

El alto riesgo cardiovascular asociado a la psoriasis moderada-grave y a la artropatía psoriásica es conocido, pero su manejo real en la consulta de dermatología y reumatología es complicado. Consideramos necesario establecer algoritmos prácticos de manejo de estas comorbilidades en la consulta. Presentamos las recomendaciones prácticas del grupo de trabajo multidisciplinar para el estudio de la psoriasis y artropatía psoriásica del hospital de Alcorcón para el manejo de las comorbilidades cardiovasculares, estableciendo un nuevo manejo secuencial de las mismas. Asimismo presentamos los resultados del estudio Delphi sobre dichas recomendaciones en el que participaron 25 especialistas (dermatólogos y reumatólogos).

#### 2. APOYO PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON PSORIASIS

M.B. Madrid Álvarez, G. Carretero Hernández, M. Ojeda Escalera, B. Rivero Moreno y M.D. Bravo de Laguna Socorro

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Proyecto de apoyo psicológico grupal para pacientes con psoriasis, adultos, > 18 años con puntuaciones en HADS  $\geq$  8.

**Objetivo.** Determinar la validez y eficacia de un programa de apoyo psicológico protocolizado en pacientes con psoriasis y artritis

psoriásica, como complemento y apoyo del tratamiento estándar (farmacológico) de la enfermedad. El programa consiste en 7 sesiones de apoyo psicológico, de hora y media de duración, repartidas a lo largo de 4 meses. La frecuencia inicial es semanal, para pasar después a ser quincenal y mensual al ir avanzando los objetivos. Las sesiones están principalmente centradas en: Psicoeducación, Apoyo y cuidado individual, Manejo de circunstancias ambientales, Técnicas psicoterapéuticas básicas (relajación, reestructuración cognitiva, técnicas conductuales), Atención a comorbilidades, Prevención de recaídas. Los pacientes participantes completan en visita basal, sesión 5, sesión 7 y seguimiento a los 3 meses los siguientes cuestionarios para valorar evolución: HADS, DLQI, SF-36, LSB-50 (Listado de Síntomas Breve), así como cuestionario COPE (estrategias de afrontamiento), SWLS (cuestionario de satisfacción con la vida), LOT-R (cuestionario de optimismo disposicional) y la Escala Breve de Resiliencia. Complementariamente se obtienen unos datos demográficos y de la enfermedad de los pacientes (brotes, tratamiento actual, bajas laborales...). Se han llevado a cabo grupos de apoyo psicológico (N = 8 y N = 9 respectivamente). Se presentarán datos preliminares de eficacia del programa y de los cambios observados en los pacientes participantes frente a un grupo control (pacientes con psoriasis y HADS  $\geq$  8 que no participan en el programa).

#### 3. ANÁLISIS METAGENÓMICO DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON PSORIASIS

P. Coto-Segura<sup>a</sup>, C. Hidalgo-Cantabrana<sup>b</sup>, J. Gómez<sup>c</sup>, S. Delgado<sup>b</sup>, A. Margolles<sup>b</sup>, B. Sánchez<sup>b</sup> y E. Coto<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Álvarez-Buylla. Mieres (Asturias). <sup>b</sup>Departamento de Microbiología y Bioquímica. Instituto de Productos Lácteos de Asturias-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IPLA-CSIC). <sup>c</sup>Laboratorio de Genética Molecular. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

**Introducción.** Existe un cuerpo de evidencia creciente que otorga un rol central a las alteraciones de la microbiota intestinal en la patogénesis de las enfermedades inflamatorias.

**Hipótesis.** Los pacientes con psoriasis presentan una microbiota intestinal característica diferente a los pacientes sanos.

**Objetivos.** Identificar diferencias en la composición de la microbiota fecal de pacientes con psoriasis comparándola con individuos sanos con el objeto de entender el perfil de la microbiota en esta enfermedad inflamatoria mediada inmunológicamente.

**Pacientes y métodos.** Se incluyeron 19 pacientes con psoriasis crónica en placas sin tratamiento sistémico-biológico activo ni toma previa de antibióticos en los 3 meses anteriores. Se incluyeron 20 controles sanos. Se extrajo el ADN fecal de ambos grupos y se procedió mediante técnicas NGS a la secuenciación del ARN de la subunidad ribosomal 16s (16s rARN) de ambos grupos y posterior análisis bioinformático.

**Resultados.** La microbiota intestinal de los pacientes con psoriasis presenta menor diversidad y algunos taxones bacterianos difieren claramente de los de los pacientes sin psoriasis.

**Conclusiones.** El perfil de la microbiota intestinal de los pacientes con psoriasis presenta una clara disbiosis. En el futuro se podrían plantear terapias basadas en el microbioma para el control de ciertas enfermedades inflamatorias.

#### 4. EFICACIA Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN 301 PACIENTES CON PSORIASIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

R. Rivera<sup>a</sup>, M. Velasco<sup>b</sup>, D. Vidal<sup>c</sup>, J.M. Carrascosa<sup>d</sup>, E. Daudén<sup>e</sup>, E. Vilarrasa<sup>f</sup>, J. Notario<sup>g</sup>, R. Ruíz-Villaverde<sup>h</sup>, I. Yanguas<sup>i</sup>, F.J. García-Latasa<sup>j</sup>, M. Ferrán<sup>k</sup>, M. Salleras<sup>l</sup>, P. de la Cueva<sup>m</sup>, L. Salgado-Boquete<sup>n</sup>, J. Luelmo<sup>o</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>p</sup>, D. Ruíz-Genao<sup>q</sup>, A. Mateu<sup>r</sup>, C. García-Donoso<sup>s</sup>, A. González<sup>t</sup>, F. Ballezá<sup>u</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>v</sup>, A. López-Ferrer<sup>w</sup> e I. Belinchón<sup>x</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

<sup>c</sup>Hospital Sant Joan Despi Moises Broggi. Barcelona. <sup>d</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>f</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. <sup>g</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>h</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>i</sup>Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. <sup>j</sup>Hospital Universitario Zaragoza. <sup>k</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>l</sup>Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. <sup>m</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>n</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>o</sup>Hospital de Sabadell. Barcelona. <sup>p</sup>Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>q</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>r</sup>Hospital Dr. Peset. Valencia. <sup>s</sup>Hospital General Universitario de Alicante. España.

**Introducción.** Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la IL-17A, aprobado para el tratamiento de psoriasis en placas y artritis psoriásica. Los datos publicados en condiciones de práctica clínica habitual son aún limitados. El objetivo principal de este estudio es valorar la efectividad y seguridad de ixekizumab en pacientes con psoriasis en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a pacientes con psoriasis tratados con ixekizumab en 19 servicios de Dermatología españoles entre marzo de 2017 y marzo de 2019. Para la valoración de la gravedad de la psoriasis y la respuesta al tratamiento se utilizó el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) se calculó el PASI 75-90 y el PASI absoluto (PASI < 2 y PASI < 4) alcanzado a los 3, 6 y 12 meses. Se recogieron los acontecimientos adversos (AA) reportados durante el tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron 301 pacientes, el 63,12% varones, con una edad media de 48,46 años. El 91,58% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad, destacando dislipidemia en un 35,6%. El 15,28% tenía artritis psoriásica. Una paciente tenía enfermedad de Crohn

como antecedente y 5 pacientes cáncer: de mama, de lengua, melanoma, de vejiga y de pulmón. El 23% tenía tuberculosis latente tratada. La mayoría había recibido previamente sistémicos no biológicos, especialmente metotrexato en el 76,92% de los casos. El 68% de los pacientes había sido tratado con algún biológico antes de ixekizumab. Noventa y cinco pacientes recibieron secukinumab antes que ixekizumab. En 95 pacientes (31,56%) ixekizumab fue el primer tratamiento biológico. En 3 pacientes ixekizumab fue el primer tratamiento sistémico empleado. La media de seguimiento de la serie fue de 434,5 días. Ixekizumab se suspendió en 54 pacientes (un 18%). Respecto a efectividad, el PASI basal medio ( $\pm$  DE) fue de 13,5 ( $\pm$  7,71), a los 3 meses 1,76 ( $\pm$  3,28), a los 6 meses 1,47 ( $\pm$  3,06) y a los 12 meses 1,85 ( $\pm$  3,20). La máxima reducción del PASI desde el inicio fue del 89,89% a los 6 meses de tratamiento. Respecto al PASI < 2, PASI < 4, PASI 75 y PASI 90 se alcanzó en el 76,47%, el 88,24%, el 82,29% y el 57,56% de los pacientes a los 3 meses; el 80,08%, el 90,68%, el 86,81% y el 65,53% a los 6 meses; y el 73,45%, el 87,01%, el 80,11% y el 59,09% a los 12 meses respectivamente. La única variable que influyó de forma significativa en la respuesta fue que el paciente hubiera recibido o no tratamiento biológico previamente. Respecto a la seguridad, 65 pacientes (21,59%) tuvieron algún AA; lo más frecuente fue la reacción en el sitio de inyección (36,8%), seguido de infecciones (15,1%) y candidiasis mucocutáneas (10,4%). Hubo un comienzo de una enfermedad de Crohn en un paciente sin antecedentes previos. Apareció una artritis *de novo* en un paciente considerada como paradójica y otro paciente ya diagnosticado de artritis psoriásica tuvo un empeoramiento de la clínica articular. En los pacientes con cáncer no hubo eventos adversos relevantes salvo el fallecimiento del paciente con la neoplasia de pulmón a los 12 meses por su neoplasia.

**Conclusiones.** Presentamos la serie más amplia de pacientes con psoriasis tratados con ixekizumab en práctica clínica habitual. Encontramos una alta eficacia y una tasa de AA similar a lo publicado a pesar de la mayor complejidad de estos pacientes. La eficacia de ixekizumab es independiente de las comorbilidades, siendo mayor en los pacientes naïve a biológicos.

#### 5. ESTUDIO DE LAS VARIACIONES EN EL NÚMERO DE COPIAS ASOCIADAS CON LA RESPUESTA A FÁRMACOS ANTI-TNF Y A LA APARICIÓN DE REACCIONES PSORIASIFORMES PARADÓJICAS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, A. Reolid<sup>a</sup>, E. Muñoz-Aceituno<sup>a</sup>, R. Navarro<sup>a</sup>, L.H. Fisas<sup>b</sup>, A. Sanz-García<sup>c</sup>, F. Abad-Santos<sup>b,\*</sup>, M.C. Ovejero-Benito<sup>b,\*</sup> y E. Daudén<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). <sup>b</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto Teófilo Hernando. Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Instituto de Investigación Sanitaria la Princesa (IIS-IP). <sup>c</sup>Unidad de Análisis de Datos. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid. España.

\* Estos autores han contribuido por igual al desarrollo del proyecto.

**Objetivos.** La variación en el número de copias de genes (CNV) está asociada a la psoriasis. Aunque los fármacos anti-TNF (adalimumab, etanercept e infliximab) son eficaces para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave, en torno al 30-50% de los pacientes no responden adecuadamente a dichos tratamientos. Además, en algunos casos, pueden causar reacciones adversas severas como el desarrollo de reacciones psoriasiformes paradójicas. Por ello, el propósito del estudio es identificar CNV que puedan predecir la respuesta a fármacos anti-TNF y la aparición de reacciones psoriasiformes en pacientes con psoriasis moderada-grave.

**Material y métodos.** Se obtuvo sangre periférica de 70 pacientes tratados con fármacos anti-TNF que se distribuyeron en respondedores excelentes (ER, n = 49) y respondedores parciales (PR, n = 21) a dichos fármacos. Se realizó una extracción de ADN mediante Mag-naPure (Roche) seguida de conversión por bisulfito e hibridación en un array de metilación (Illumina 450K). Los datos IDATs se procesaron mediante paquetes de R que permiten analizar CNV a partir de arrays de metilación (ChAMP y conumee). Se analizó la presencia de CNV asociada a la respuesta a fármacos y a la aparición de reacciones psoriasisiformes. Posteriormente, se corrigieron esos resultados con el test FDR "False Discovery Rate".

**Resultados.** En el análisis univariante se encontraron 1.406 con diferentes CNV entre ER y PR. Sin embargo, esta significación se perdió al aplicar el ajuste FDR. Por otra parte, se observaron 1.338 CNV asociados con reacciones psoriasisiformes de las que 13 mantuvieron su significación después de aplicar el FDR. En estos CNV se localizan genes tales como HAS3, MXD4, TMEM117. De ellos se puede destacar RPTOR que participa en el desarrollo de la psoriasis.

**Conclusiones.** En nuestro conocimiento, es el primer estudio farmacogenómico que analiza CNV en pacientes de psoriasis. En conclusión, esos resultados podrían ayudar a anticipar qué pacientes pueden desarrollar reacciones psoriasisiformes.

## 6. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN PSORIASIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL A LAS 52 SEMANAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE PSORIASIS

E. del Alcázar<sup>a</sup>, J.A. Suárez<sup>b</sup>, S. Armesto<sup>c</sup>, R. Rivera<sup>d</sup>, E. Herrera<sup>b</sup>, P. Herranz<sup>e</sup>, I. Martín<sup>f</sup>, E. Montesinos<sup>g</sup>, M. Hospital<sup>h</sup>, E. Vilarrasa<sup>i</sup>, M. Ferran<sup>j</sup>, R. Ruiz<sup>k</sup>, A. Sahuquillo<sup>l</sup>, D.P. Ruiz<sup>m</sup>, S. Pérez<sup>n</sup>, C. Muñoz<sup>o</sup>, M. Llamas<sup>p</sup>, F. Valentí<sup>q</sup>, M.J. Mitxelena<sup>r</sup>, G. Carretero<sup>s</sup>, D. Vidal<sup>t</sup>, J. Mollet<sup>u</sup> y J.M. Carrascosa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>H.U. Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>b</sup>H.U. Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>c</sup>H.U. Valdecilla. Santander. <sup>d</sup>H.U. 12 de Octubre. Madrid. <sup>e</sup>Hospital La Paz. Madrid. <sup>f</sup>H.U. Getafe. <sup>g</sup>H.U. Clínico de Valencia. <sup>h</sup>H.U. Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. <sup>i</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>k</sup>H.U. San Cecilio. Granada. <sup>l</sup>H.U. La Fe. Valencia. <sup>m</sup>H.U. Fundación Alcorcón. <sup>n</sup>H.U. Basurto. Bilbao. <sup>o</sup>Hospital de Granollers. <sup>p</sup>H.U. La Princesa. Madrid. <sup>q</sup>H.U. de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>r</sup>Hospital de Navarra. Pamplona. <sup>s</sup>H.U. Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>t</sup>Hospital de Sant Joan Despí. Hospital de Sant Joan Despí. <sup>u</sup>Hospital de Sant Joan Despí. Sant Joan Despí. Barcelona. <sup>v</sup>H.U. Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Antecedentes.** Apremilast es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4 que fue aprobado por la EMA en 2015 y en España en 2016. Los ensayos clínicos en fase III demostraron la superioridad de apremilast frente a placebo en el tratamiento de la psoriasis en placa moderada-grave. A la semana 16, alrededor del 30% de los pacientes tratados con apremilast alcanzaron el PASI 75 frente al 6% del grupo placebo en los ESTEEM 1 y 2. Sin embargo, es escasa la literatura acerca de la efectividad y tolerabilidad de apremilast en la práctica clínica real con pocas series reportadas, tamaños muestrales pequeños y periodos cortos de seguimiento.

**Objetivo.** El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad y persistencia de apremilast al año de tratamiento (52 semanas) en pacientes con psoriasis moderada-grave en placa y palmoplantar. Se identificó la efectividad a las 12, 24 y 36 semanas y la tolerabilidad del fármaco, así como las características clínicas de los pacientes y las variables que pudieran condicionar la respuesta terapéutica.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo observacional y multicéntrico (21 hospitales). Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de psoriasis moderada-grave en placa y palmoplantar tratados con apremilast desde marzo de 2016 hasta marzo de 2018, que cumplieron con al menos 52 semanas de seguimiento.

**Resultados.** Se incluyeron 292 pacientes con psoriasis en placa y 85 con afectación predominantemente palmoplantar. El PASI medio basal de los pacientes con psoriasis en placa fue de 10,7, descendiendo a 5,4 a la semana 12; 3,6 a la semana 24 y finalmente a 3 a las 52 semanas de tratamiento. A los 12 meses de tratamiento, de los pacientes que continuaban en tratamiento, un 73,6% de los pacientes alcanzaron un PASI  $\leq 3$  y un 41,3% presentaban un PASI  $\leq 1$ . En términos de PASI relativo, un 77,4% de los pacientes alcanzaron el PASI 50, un 49,7% el PASI 75 y un 26,5% el PASI 90 a la semana 52. En el grupo de psoriasis palmoplantar, el PPPGA medio inicial fue de 4,2 y se redujo a 1,3 a las 52 semanas. La tasa de supervivencia tras 12 meses de seguimiento fue del 54,9%. Los principales motivos de discontinuación fueron la pérdida de eficacia (90 pacientes; 23,9%), seguida de la presencia de acontecimientos adversos, que condicionaron el abandono del tratamiento en 60 (15,9%) de ellos. En nuestra serie el 47% presentó algún acontecimiento adverso siendo los más frecuentes los de tipo gastrointestinal, seguidos de la cefalea y astenia.

**Conclusiones.** Aportamos la mayor serie hasta el momento de pacientes con psoriasis tratados con apremilast en práctica clínica real con un período de seguimiento a 52 semanas. El perfil medio escogido por los clínicos para iniciar tratamiento como apremilast fue el de un paciente con psoriasis moderada, con un PASI alrededor de 10 así como la presencia de afectación palmoplantar. Si bien el fármaco presenta un buen perfil de seguridad, un porcentaje no despreciable de los pacientes de la serie abandonaron el tratamiento por eventos relacionados con la tolerabilidad.

## 7. LEISHMANIASIS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES

A. Sahuquillo-Torralba<sup>a</sup>, B. de Unamuno-Bustos<sup>a</sup>, A. Mateu-Puchades<sup>b</sup>, A. Martínez-Doménech<sup>c</sup>, J. Garcías-Ladaria<sup>d</sup>, C. Valenzuela-Oñate<sup>c</sup>, A. Vila-Payeras<sup>e</sup>, S. Santos-Alarcón<sup>b</sup>, R. Taberner-Ferrer<sup>e</sup>, C. Nadal-Lladó<sup>e</sup>, M.I. García-Briz<sup>b</sup>, J. Puigserver-Rossello<sup>d</sup>, J. Magdaleno-Tapia<sup>c</sup>, R. Botella-Estrada<sup>a</sup> y V. Rocamora-Durán<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Valencia. <sup>b</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>c</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>d</sup>Hospital de Manacor. Illes Balears. <sup>e</sup>Hospital de Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Illes Balears. España.

**Objetivo.** Analizar los hallazgos clínicos, histológicos y terapéuticos diferenciales, así como el riesgo de afectación sistémica de la infección por leishmaniasis cutánea (LC) en pacientes sometidos a tratamientos biológicos, en comparación con la población general que sufre la infección.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de casos y controles de carácter multicéntrico, que incluye a pacientes sometidos a inmunosupresión farmacológica diagnosticados de LC y leishmaniasis mucocutánea (LMC) en 5 hospitales de la cuenca mediterránea, en el periodo comprendido entre septiembre de 2006 y diciembre de 2018. Los casos se definieron como pacientes diagnosticados de LC y LMC en tratamiento con fármacos biológicos, y los controles pacientes diagnosticados de LC y LMC no inmunodeprimidos.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 125 pacientes, 43 casos y 82 controles. A nivel histológico no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, salvo en la presencia de

hiperplasia pseudocarcinomatosa y ulceración epidérmica que se asociaron con mayor frecuencia al grupo de casos ( $p < 0,01$  y  $0,05$  respectivamente). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la presencia de síntomas B (fiebre, escalofríos y pérdida de peso), visceromegalias, linfangitis, alteraciones en el hemograma, PCR de ADN de leishmania en sangre periférica o afectación de la médula ósea.

**Conclusiones.** Según nuestros hallazgos, el riesgo de afectación sistémica en los pacientes que desarrollan una leishmaniasis cutánea es bajo, incluso en los pacientes que reciben tratamiento con fármacos bloqueadores del TNF.

## 8. TOMA DE DECISIÓN TERAPÉUTICA BASADA EN EL PERFIL DE SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE TRATAMIENTOS SISTÉMICOS PARA LA PSORIASIS. REGISTRO BIOBADADERM

E. Daudén<sup>a</sup>, G. Carretero<sup>b</sup>, R. Rivera<sup>c</sup>, C. Ferrándiz<sup>d</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, P. de la Cueva<sup>a</sup>, I. Belinchón<sup>f</sup>, F.J. Gómez-García<sup>g</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>h</sup>, D.P. Ruiz-Genao<sup>i</sup>, M. Ferrán-Farrés<sup>j</sup>, M. Alsina<sup>k</sup>, O. Baniandrés-Rodríguez<sup>l</sup>, J.L. Sánchez-Carazo<sup>m</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>n</sup>, L. Rodríguez<sup>o</sup>, J. Vilar-Alejo<sup>b</sup>, C. García-Donoso<sup>c</sup>, J.M. Carrascosa<sup>d</sup>, E. Herrera-Ceballos<sup>h</sup>, J.L. López-Esteban<sup>l</sup>, R. Botella-Estrada<sup>n</sup>, E. Segovia-Muñoz<sup>o</sup>, M.A. Descalzo<sup>o</sup>, I. García-Doval<sup>o</sup> y el Grupo de Estudio BIOBADADERM

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>c</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>d</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>f</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>g</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>h</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>i</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>j</sup>Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>k</sup>Hospital Clínic de Barcelona. UB. Barcelona. <sup>l</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>m</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>n</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>o</sup>Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>p</sup>Unidad de Evaluación. Servicio de Farmacovigilancia. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Madrid. <sup>q</sup>Unidad de Investigación. Fundación Piel Sana AEDV. Madrid. <sup>r</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. España.*

**Introducción.** Los estudios de registros que describan de una manera global el perfil de seguridad de los medicamentos sistémicos empleados en la psoriasis son muy necesarios.

**Objetivo.** Describir los hallazgos en seguridad de los medicamentos sistémicos (acitretina, adalimumab, apremilast, ciclosporina, etanercept, infliximab, metotrexato, secukinumab, ustekinumab) utilizados para el tratamiento de la psoriasis moderada a grave en pacientes incluidos en el registro Biobadaderm.

**Método.** A partir de una cohorte prospectiva se determinó la tasa de incidencia (TIR) y la TIR ajustada, incluyendo el pareamiento de propensión (propensity score), de los efectos adversos de cada fármaco, utilizando el metotrexato como control.

**Resultados.** Se incluyeron 2.845 pacientes (8.954 ciclos de tratamiento; 9.642 pacientes-años). Ustekinumab y secukinumab presentaron las tasas más bajas de efectos adversos según la clasificación por órganos y sistemas, con una TIR disminuida de forma significativa ( $TIR < 1$ ), mientras que la ciclosporina y el infliximab tuvieron la más alta ( $TIR \geq 5$ ). Limitaciones del estudio: estudio observacional, selección de medicamentos no aleatorizada, falta de registro de las dosis prescritas.

**Conclusión.** El presente estudio proporciona información comparativa de seguridad en la práctica clínica del mundo real que podría

ayudar al dermatólogo en la selección del fármaco más adecuado para el tratamiento de la psoriasis.

## 10. SECU-CUMPLECA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA DETERMINAR LA FRECUENCIA DE PACIENTES TRATADOS CON SECUKINUMAB SEGÚN PRÁCTICA CLÍNICA QUE NO CUMPLEN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE ENSAYO CLÍNICO

L. Salgado-Boquete<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, D. González-Vilas<sup>c</sup>, M.P. Gómez-Centeno<sup>d</sup>, T. Usero<sup>e</sup>, C. de las Heras<sup>f</sup>, J. Labandeira<sup>g</sup>, T. Abalde<sup>h</sup>, A. Zulaica<sup>i</sup>, I. Suárez-Conde<sup>j</sup>, I. Castiñeiras<sup>k</sup>, B. Fernández-Jorge<sup>l</sup>, H. Vázquez-Veiga<sup>m</sup>, L. Rodríguez-Pazos<sup>n</sup>, M.L. Fernández-Díaz<sup>o</sup> y A. Flórez<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Orense. <sup>e</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. <sup>f</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>g</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El registro BIOBADADERM ha puesto en evidencia que hasta un 30% de los pacientes (p) con psoriasis tratados con terapia biológica según práctica clínica (PC) no cumplirían criterios de elegibilidad de ensayos clínicos (EC). Se desconoce la magnitud del impacto práctico de esta observación sobre aspectos de efectividad y seguridad.

**Objetivo primario.** Estimar la frecuencia de p con psoriasis que, estando tratados con secukinumab (SEC) según PC, no habrían cumplido los criterios de elegibilidad de los EC pivotaes que condicionaron su aprobación.

**Objetivos secundarios.** Describir los criterios que condicionarían la no elegibilidad en EC y determinar su frecuencia. Describir y comparar efectividad y seguridad de SEC en p que cumplen o no criterios de elegibilidad en EC.

**Métodos.** Se trata de un estudio observacional multicéntrico longitudinal ambispectivo.

**Criterios de inclusión.** Edad 18 años. Diagnóstico de psoriasis. Haber recibido al menos una dosis de SEC en contexto de PC.

**Criterios de exclusión.** Haber recibido SEC en EC.

**Variables y mediciones.** Con relación al objetivo primario se evaluará el número y porcentaje de p tratados con SEC que no cumplen criterios de elegibilidad en los EC pivotaes. Se describirán cuáles son los criterios de no elegibilidad y su frecuencia.

**Resultados.** Se presentan los resultados del análisis final del estudio, tras haber incluido 111 p, de los cuales 84 (75,6%) no cumplen criterios de elegibilidad en EC. Criterios de no-elegibilidad más frecuentes: PASI  $< 12$  o BSA  $< 10\%$  o IGA modificado  $< 3$ : 48 p (43,2%); formas de psoriasis distintas a la crónica en placas: 25 p (22,5%). Uso concomitante de corticoides tópicos: 23 p (20,7%); Tratamiento previo con fármacos anti-IL17: 35 p (31,5%). No se han detectado diferencias significativas entre los grupos de pacientes que cumplen y no cumplen criterios de EC con relación al porcentaje de p que alcanzan respuesta PASI 75, PASI 90, PASI  $< 3$  o PASI  $< 5$  en semanas 12, 24 o 52. No se han detectado diferencias significativas en relación con la frecuencia de efectos adversos moderados o graves entre ambos grupos.

**Conclusiones.** En nuestra serie un 75,6% de los p tratados con SEC en contexto de PC no hubiesen sido incluibles en EC. Las causas más frecuentes de no-elegibilidad fueron la ausencia de cumplimiento de criterios de gravedad exigidos, el uso concomitante de corticoides tópicos, el diagnóstico de otras formas de psoriasis distintas a la crónica en placas y el tratamiento previo con fármacos anti-IL17. No se han detectado diferencias en los parámetros de efectividad y seguridad evaluados entre los pacientes que cumplían o no criterios de EC.

## 11. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACA. EXPERIENCIA DE 6 HOSPITALES CATALANES

A. López-Ferrer<sup>a</sup>, E. Vilarrasa<sup>a</sup>, J. Notario<sup>b</sup>, E. del Alcázar<sup>c</sup>, J.M. Carrascosa<sup>c</sup>, M. Ferran<sup>d</sup>, F. Gallardo<sup>d</sup>, D. Vidal<sup>e</sup>, G. Aparicio<sup>f</sup>, J. Mollet<sup>f</sup> y L. Puig<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Universitari Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. <sup>c</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>d</sup>Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. <sup>f</sup>Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Introducción y objetivo.** La restricción de pacientes en los criterios de selección en los ensayos clínicos hace que un elevado porcentaje de pacientes no se vean representados en los resultados de dichos estudios. Por eso, es importante conocer el comportamiento de las diferentes alternativas terapéuticas en práctica clínica. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y tolerabilidad de guselkumab en la práctica clínica en los primeros pacientes tratados desde la fecha de su aprobación en España, en nuestras consultas de dermatología.

**Material y métodos.** Se realizó una recogida de datos prospectiva multicéntrica, en la que participaron 6 hospitales catalanes, incluyendo un total de 49 pacientes desde la fecha de aprobación del fármaco en nuestro país.

**Resultados.** Se inició tratamiento a 49 pacientes, 27 de los cuales presentaron un seguimiento superior o igual a las 16 semanas, y 4 pacientes con un seguimiento menor a 16 semanas pero con PASI 0, por lo que se analizaron los resultados de 31 pacientes en conjunto. El 100% de estos 31 pacientes habían fallado a tratamientos sistémicos convencionales previamente, y el 92,6% había fallado a tratamientos biológicos previos, siendo la media de 3,25 biológicos previos. El PASI basal medio disminuyó de 13,9 (semana 0, n = 32) a 2,4 (semana 16, n = 31) y 0 (6 meses n = 3). El BSA basal medio disminuyó de 19,2 (semana 0, n = 32) a 5 (semana 16, n = 31) y 0 (6 meses, n = 3). Los resultados mostrados en forma de respuesta relativa mostraron que el 72, 59 y 53% de los pacientes alcanzaron el PASI 75, 90 y 100 respectivamente, en la semana 16. Hubo un fallo primario, con suspensión a las 4 semanas por empeoramiento clínico. No se presentaron acontecimientos adversos graves, y no hubo ninguna suspensión del fármaco por motivos de seguridad.

**Conclusiones.** Guselkumab presenta una elevada efectividad inicial, incluso en pacientes complejos con historia de fallos múltiples a biológicos previos, así como una elevada tolerabilidad.

## 12. 12% DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO SISTÉMICO ESTABLE PRESENTAN UNA PUNTUACIÓN PASI SUPERIOR A 5

D. López-Castillo, F. Olmos, Á. March, A. Vidal, F. Gallardo, R.M. Pujol y M. Ferran

Departamento de Dermatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. España.

Dado que actualmente se dispone de fármacos de alta eficacia para el tratamiento de la psoriasis, la mayoría de los pacientes con enfermedad moderada-grave en tratamiento sistémico debería presentar una mínima actividad de la enfermedad.

**Objetivo.** El estudio pretende medir la gravedad de enfermedad en pacientes afectados de psoriasis que se encuentran bajo tratamiento sistémico estable, considerando este mantenimiento del fármaco como indicador de un correcto control de la enfermedad por parte del profesional. El objetivo principal es describir la proporción de pacientes con puntuación absoluta PASI  $\leq 5$  y como objetivos secundarios el análisis de proporción de pacientes con puntuaciones PASI  $\leq 3$ , PGA  $\leq 1$  y DLQI  $\leq 1$  y los factores asociados a buena / mala respuesta terapéutica.

**Material.** Estudio observacional transversal, realizado en el servicio de Dermatología de un hospital de tercer nivel, que consiste en una única visita, incluyendo pacientes con psoriasis moderada-grave con tratamiento sistémico estable durante 6 meses, con obtención de datos demográficos, características del paciente y comorbilidades, historia de la enfermedad y tratamientos previos, actividad de la psoriasis y afectación de la calidad de vida.

**Resultados.** Se reclutaron un total de 123 pacientes, con una puntuación media de PASI 2,2, de los cuales el 87,8% (108) tenían puntuación PASI  $\leq 5$ ; el 76,4% (94) PASI  $\leq 3$ ; el 54% (68) PGA  $\leq 1$ ; el 58,5% (72) DLQI  $\leq 1$  y el 93,5% (103) con PASI  $\leq 5$  y DLQI  $\leq 5$ .

**Conclusiones.** Una proporción relativamente elevada de pacientes con psoriasis que están bajo tratamiento sistémico estable en la práctica clínica habitual todavía presentan un control inapropiado de la enfermedad (12,2% con puntuación PASI  $> 5$ ). Si se consideran los nuevos objetivos clínicos definidos en las guías de tratamiento de la psoriasis, el 23,6% de los pacientes no alcanzarían el PASI  $< 3$ , y un 42,5% presentan DLQI  $> 1$ . En conclusión, a pesar de disponer fármacos que permiten alcanzar el blanqueamiento total o casi total, aún existen pacientes que no están eficazmente controlados.

## 13. MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE ADALIMUMAB COMO PREDICTOR PRECOZ DEL FRACASO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON PSORIASIS

M. Sáez Belló<sup>a</sup>, A. Mateu Puchades<sup>b</sup>, P. Llopis Salvia<sup>c</sup>, S. Santos Alarcón<sup>a</sup> y M. Climente Martí<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset.

<sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Doctor Peset. València. España.

**Objetivo.** Evaluar la correlación entre los resultados de la monitorización farmacocinética de adalimumab y la efectividad del tratamiento en pacientes con psoriasis.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo observacional. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de psoriasis moderada-grave en tratamiento con adalimumab en los que se hubiera realizado al menos una monitorización farmacocinética de dicho fármaco. Las variables recogidas fueron: antropométricas (edad, sexo e índice de masa corporal [IMC]), relacionadas con el tratamiento (tiempo transcurrido desde el inicio de adalimumab y pacientes que continuaban en tratamiento a la finalización de seguimiento) y relacionadas con la monitorización farmacocinética (resultados de las determinaciones de fármaco y de anticuerpo). La efectividad del tratamiento se valoró a través del PASI, estudiándose la correlación entre este parámetro y el resultado de los niveles plasmáticos. En los casos en los que los resultados de la monitorización fueron niveles infraterapéuticos y el PASI era menor de 3, se recogió el tiempo transcurrido entre la monitorización y la aparición de un PASI mayor de 5.

**Resultados.** Se incluyeron 25 pacientes (7 mujeres y 18 hombres) con una media de edad de 48 (IC95% 43; 53) años y un IMC de 28,1 (RIC 6,4) kg/m<sup>2</sup>, en tratamiento con adalimumab desde hace 3,4 (IC95% 2,4; 4,4), el 56% de los cuales continuaban en tratamiento con dicho fármaco a la fecha de finalización de seguimiento. La mediana de concentraciones plasmáticas de adalimumab fue de 3,8 (RIC 9,2) mcg/ml. Se obtuvieron 6 determinaciones de anticuerpos positivos, con una media de títulos de anticuerpos de 52,8 (RIC 171). En el 84% (21/25) de los casos los resultados de las determinaciones fueron concordantes con la situación clínica del paciente. Sin embargo, en el 16% (4/25) restante esta correlación se demoró 2 y 37 meses en el tiempo.

**Conclusiones.** En nuestro centro, el 84% de los pacientes con psoriasis en tratamiento con adalimumab en los que se realiza monito-

rización de niveles plasmáticos los resultados se correlacionan con la situación clínica del paciente. Sin embargo, en el 16% restante la correlación aparece de forma demorada en el tiempo, lo que posiciona la monitorización farmacocinética de adalimumab como un marcador precoz de mala respuesta al tratamiento.

#### 14. PREVALENCIA E INCIDENCIA ACUMULADA DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE Y ACTIVA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

D. Fernández Nieto, N. Jiménez Gómez, M. Prieto Barros, Á. González Cantero, D. Ortega Quijano, J. Jiménez Cauh y M.A. Ballester Martínez

*Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Objetivo.** Determinar la prevalencia e incidencia acumulada de infección tuberculosa latente (ITL) y tuberculosis activa (TBa) en pacientes con psoriasis moderada-grave tratada con fármacos biológicos (incluyendo anti-TNF, anti-IL12/23, anti-IL17) según práctica clínica habitual, con un seguimiento mínimo de 6 meses.

**Material.** Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal de los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con fármacos biológicos en un hospital terciario (Hospital Universitario Ramón y Cajal) de julio de 2007 a noviembre de 2019.

**Resultados.** De 234 pacientes se seleccionaron 194 (128 hombres, 66 mujeres) que cumplían los datos de seguimiento (Mantoux/IGRA/Rx tórax previa) para ITL/TBa. Se detectaron 35 casos de ITL previo al tratamiento biológico (18,04%), tratados con isoniazida profiláctica. No se detectaron casos de reactivación en un periodo de tiempo acumulado de 176,5 años (media 5,04 años/paciente). De los pacientes con screening negativo para ITL, se detectaron 9 casos nuevos de ITL y uno de infección tuberculosa activa a lo largo del tratamiento con agentes biológicos: 2 casos con etanercept (densidad de incidencia: 7,45 casos/1000 años), 2 casos con adalimumab (7,08/1000), 4 casos con ustekinumab (11,10/1000) y 1 caso con secukinumab (12,82/1000).

**Conclusiones.** Se debe realizar screening de ITL/TBa previo a tratamiento biológico. No obstante, no existe un consenso claro acerca de la necesidad del screening de ITL/TBa durante el tratamiento con anti-TNF, y aún menos con anti-IL12/23, anti-IL17 o anti-IL23. Se ha demostrado un incremento en la reactivación de TB con los anti-TNF, pero no con el resto de agentes. Además, es posible que se alteren los resultados de los distintos IGRA mientras se recibe tratamiento con estas moléculas (tanto falsos positivos como falsos negativos). Los datos del presente estudio sugieren que se debe realizar screening anual de ITL/TBa durante el tratamiento biológico e individualizar el manejo en cada caso.

#### 15. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON GUSELKUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE: RESULTADOS DE UNA SERIE MULTICÉNTRICA

Á. Martínez Doménech<sup>a</sup>, A. Sahuquillo Torralba<sup>b</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>c</sup>, A. Mateu Puchades<sup>d</sup>, M. Velasco Pastor<sup>e</sup>, E. Montesinos Villaescusa<sup>f</sup> y M. García-Legaz Martínez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>b</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. <sup>c</sup>Hospital de Manises. <sup>d</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. <sup>e</sup>Hospital Arnau de Vilanova. <sup>f</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>g</sup>Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Guselkumab es un anticuerpo monoclonal empleado en el tratamiento de la psoriasis que en ensayos clínicos ha demostrado una elevada

eficacia y un buen perfil de seguridad. Sin embargo, a día de hoy, todavía existen pocos datos sobre su uso en la práctica clínica habitual.

**Objetivo.** Conocer el perfil de utilización de guselkumab en psoriasis moderada-grave en la práctica clínica habitual, así como evaluar los resultados de eficacia y seguridad en condiciones reales.

**Material.** Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con guselkumab en 6 hospitales de Valencia desde febrero de 2019 hasta la actualidad.

**Conclusiones.** Las características de los pacientes tratados con guselkumab en práctica clínica habitual difieren de las de los ensayos clínicos, con una mayor proporción de pacientes con fracaso a tratamientos biológicos previos. A pesar de ello, guselkumab es eficaz y seguro en el manejo de la psoriasis moderada-grave en práctica clínica. No obstante, se precisa de un mayor seguimiento para evaluar resultados a largo plazo.

#### 16. VARIACIONES DEL PERFIL MOLECULAR Y PROTEÓMICO EN PACIENTES CON PSORIASIS: BÚSQUEDA DE BIOMARCADORES DE ATROSCLEROSIS. ATHERORISKPSO PROJECT

A. González-Cantero<sup>a,b</sup>, T. Martín-Rojas<sup>b</sup>, N. Corbacho-Alonso<sup>b</sup>, T. Sastre-Oliva<sup>b</sup>, J. González-Cantero<sup>c</sup>, A.I. Sánchez-Moya<sup>d</sup>, C. Pérez-Hortet<sup>d</sup>, N. Jiménez-Gómez<sup>a</sup>, A. Ballester-Martínez<sup>a</sup>, M. Prieto-Barrios<sup>a</sup>, P. Jaén-Olasolo<sup>a</sup> y M.G. Barderas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>b</sup>Departamento de Fisiopatología Vascul. Hospital Nacional de Paraplégicos (HNP). SESCAM. Toledo. <sup>c</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Toledo. España.

**Antecedentes y objetivo.** Los pacientes con psoriasis tienen una disminución en la esperanza de vida debido a la enfermedad cardiovascular (ECV), presentando un aumento de riesgo de infarto de miocardio a edades más jóvenes que la población general. Los factores de riesgo tradicionales no evalúan de forma precisa el riesgo de ECV en psoriasis. Numerosas publicaciones enfatizan la necesidad de un biomarcador capaz de evaluar el riesgo de ECV de estos pacientes. No existe ningún estudio que haya evaluado la utilidad de estrategias proteómicas para identificar un biomarcador de aterosclerosis en pacientes con psoriasis, siendo el objetivo principal del presente estudio.

**Material. Primer abordaje:** Identificación de un perfil molecular mediante una estrategia proteómica diferencial (TMT 10 plex) en plasma de 16 pacientes con psoriasis: 8 con aterosclerosis y 8 sin aterosclerosis, apareados para sexo, edad, IMC, tabaquismo, diabetes, hipertensión y dislipidemia. La aterosclerosis subclínica se define como la presencia de placas de ateroma en las arterias femorales o carotíneas, detectadas mediante ecografía arterial. **Segundo abordaje:** se evaluó un panel de biomarcadores proteómicos de aterosclerosis descritos previamente por nuestro grupo, para estudiar su implicación en la aterosclerosis asociada a la psoriasis. Se realizó Western Blot en 28 pacientes con psoriasis (14 con aterosclerosis y 14 sin aterosclerosis) y 23 controles sanos (14 sin aterosclerosis y 9 con aterosclerosis).

**Resultados. Primer abordaje:** El análisis de proteómica diferencial mediante las técnicas de marcaje isobárico diferencial ha permitido identificar 10 proteínas diferencialmente expresadas entre pacientes con psoriasis con y sin aterosclerosis. **Segundo abordaje:** las proteínas estudiadas mediante Western Blot se encontraron diferencialmente expresadas en los pacientes con psoriasis y aterosclerosis con respecto a los distintos grupos de estudio.

**Conclusiones.** El análisis de proteómica diferencial ha permitido identificar, por primera vez, 10 proteínas diferencialmente expresadas entre los distintos grupos de estudio. Destacan proteínas implicadas en procesos protrombóticos y antiinflamatorios. Dichos paneles moleculares permitirán estratificar mejor a los pacientes y,

en base a ello, adoptar una estrategia terapéutica a nivel más temprano, mejorando el pronóstico del paciente.

### 17. ¿EXISTEN SOLUCIONES PARA UNA EVALUACIÓN OBJETIVA Y REPRODUCIBLE EN PSORIASIS?: FASE 3: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

A. Martorell<sup>a,b</sup>, E. Ibor<sup>a,b</sup>, V. Gisbert<sup>a,b</sup>, V. Sanz<sup>a</sup>, P. Gómez Palencia<sup>a</sup>, M. Solera<sup>a</sup>, M.L. García Melgares<sup>a</sup>, L. Hueso<sup>a</sup>, C. Pelufo<sup>a</sup> y A. Alfaro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. España. <sup>b</sup>Colaborador de NH81 Health Services.

En los últimos años se ha discutido el carácter objetivo y reproducible de los diferentes modelos actualmente utilizados para valorar la severidad de la psoriasis. En la reunión del GEP 2018 se mostró cómo la variabilidad intra- e interobservador de los modelos más utilizados, incluyendo el PASI, el IGA y el BSA, es significativamente elevada, lo que hace que en la actualidad la evaluación clínica resulte un método subóptimo. En la reunión del GEP 2019 se presentaron los resultados preliminares de un estudio de validación multicéntrico dirigido a evaluar una solución tecnológica de análisis de imagen propia capaz de reconocer y analizar los parámetros que definen la severidad de la psoriasis, basado en modernas técnicas de inteligencia artificial así como algoritmos de procesamiento de imagen propios. Los resultados preliminares mostraron cómo la variabilidad interobservador de PASI, PGA y BSA calculados mediante exploración física se ve significativamente corregida con el análisis de imagen, ofreciendo valores objetivos y reproducibles.

**Objetivo.** Evaluar el uso y la aplicación práctica de la solución de imagen PsorAI en la práctica clínica diaria en el servicio de Dermatología del Hospital de Manises, desde enero 2019 a diciembre 2019 **Resultados y conclusiones.** Un total de 55 nuevos casos de psoriasis vulgar fueron analizados. En el análisis de estos casos se aplicaron los algoritmos de PsorAI y se aplicaron soluciones adicionales de visión artificial a fin de adaptar el análisis a cualquier situación del día a día. Los resultados preliminares muestran que la variabilidad interobservador de PASI, PGA y BSA calculados mediante exploración física se ve significativamente corregida con el análisis de imagen, ofreciendo valores objetivos y reproducibles. Desde el punto de vista práctico, el análisis de la superficie corporal del paciente requiere de la toma de 9 imágenes (tiempo medio de toma imágenes, 52 segundos), así como un espacio adecuadamente iluminado. Respecto a las condiciones ambientales, la única restricción es la de evitar superficies o prendas rojas para no alterar el análisis colorimétrico del sistema.

### 18. ANÁLISIS REGIONAL SOBRE EL ESTADO Y LAS NECESIDADES ACTUALES Y EXPECTATIVAS DE FUTURO EN PSORIASIS: ESTADO ACTUAL Y GRADO DE SATISFACCIÓN

M. Ribera<sup>a</sup>, L. Salgado<sup>b</sup>, E. Monte<sup>c</sup>, M. Llamas Velasco<sup>d</sup>, F. Palomar<sup>e</sup>, M. García Bustinduy<sup>f</sup>, S. Ros<sup>g</sup>, E. Loza<sup>h</sup> y S. Alfonso<sup>i</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell. Barcelona. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>c</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>e</sup>Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Dermatología. <sup>f</sup>Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>g</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>h</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. <sup>i</sup>Acción Psoriasis. España.

**Objetivos.** Analizar el estado actual de la psoriasis y su satisfacción en las distintas comunidades autónomas (ccaa) según los pacientes.

**Material.** Encuesta diseñada por grupo multidisciplinar de profesionales (dermatología, farmacia, enfermería y psicología) y realizada en formato electrónico estructurado a pacientes con psoriasis a través de las vías de comunicación de Acción Psoriasis, con representación nacional y autonómica en España.

**Resultados.** Se analizaron 1.265 encuestas de 7.143 socios. Por ccaa, el 20,7% de las encuestas provienen de Cataluña, el 16,9% de la Comunidad de Madrid, el 13,5% de Andalucía y el 7,9% de la Comunidad Valenciana. El 58% de los encuestados es mujer y el 29% tiene entre 41 y 50 años. La forma más frecuente es la psoriasis en placas (72%). El 53% de los encuestados considera que actualmente su psoriasis está moderadamente activa o muy activa-grave, variando estos porcentajes entre ccaa con un 80% de la Rioja o un 46% en Madrid. En España el 73% está en tratamiento, variando este porcentaje entre comunidades: desde el 100% en Melilla al 61% en Castilla y León. Por otro lado, el 27% de los pacientes informan que no están en tratamiento, variando desde un 38% en Castilla y León y Extremadura a un 18% en Cantabria. En cuanto a los tratamientos específicos, destacamos la variabilidad general. El porcentaje de pacientes con terapias biológicas va del 40% en La Rioja o el 29% en Navarra al 6,5% en el País Vasco. Y en cuanto a los tratamientos tópicos, este cambia del 20% en La Rioja al 53% en el País Vasco. Concretamente, es el caso del 69% de pacientes moderados-grave en Asturias, el 65% en País Vasco y el 62% en Madrid. El grado de satisfacción cambia de una comunidad a otra. Los porcentajes de pacientes que refieren estar muy poco/poco satisfechos con su tratamiento habitual alcanzan el 50% en La Rioja, el 45% en Murcia, el 43% en Asturias y en Baleares. No hubo grandes diferencias en el gran impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

**Conclusiones.** El impacto de la psoriasis es alto independientemente de la comunidad autónoma. Existe una variabilidad regional importante en el estado y manejo actuales de psoriasis que puede indicar inequidades en nuestro sistema sanitario. Todo ello hace necesario seguir trabajando en la atención integral de los pacientes, en la mejora de los sistemas de salud y sus procedimientos en España.

## Pósteres

### 1. EXPERIENCIA CLÍNICA CON SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE: RESULTADOS DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

M.A. Ballester-Martínez<sup>a</sup>, N. Jiménez-Gómez<sup>a</sup>, M. Prieto-Barrios<sup>a</sup>, Á. González-Cantero<sup>a</sup>, M.Á. Rodríguez-Sagrado<sup>b</sup>, M. Vélez-Díaz-Pallarés<sup>b</sup> y P. Jaén-Olasolo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Objetivo.** Conocer los datos de eficacia, seguridad y persistencia de secukinumab en los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados en el Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal.

**Material.** Estudio retrospectivo de los datos de las historias clínicas de los pacientes con psoriasis moderada-grave que han recibido tratamiento en nuestro hospital con secukinumab entre el 1 de enero de 2016 y el 1 de junio de 2019, con un seguimiento de al menos 16 semanas.

**Resultados.** Treinta y seis pacientes iniciaron tratamiento en el periodo descrito, con una edad mediana de 45,4 años, y una duración media de la enfermedad de 17,02 años. Siete pacientes (19,5%) asociaban artritis psoriásica. Veinte pacientes (55,5%) eran naïve a biológicos. El PASI basal fue de 17,44. El tiempo medio de seguimiento

fue 23,4 meses. Dos pacientes perdieron el seguimiento. De los 34 restantes, 4 pacientes (11,8%) presentaron fallo primario a secukinumab y 2 pacientes (5,9%) fallo secundario, tras 12 y 18 meses de tratamiento. Ocho pacientes (23,5%) fueron desintensificados, perdiendo eficacia 3 de ellos. A los 12 meses de seguimiento, el 66,6% de los pacientes mantuvieron una respuesta PASI 90. Cinco pacientes (14,7%) suspendieron el tratamiento durante al menos 6 meses, manteniéndose la respuesta una media de 11 meses y observándose respuesta PASI 90 en 4 de ellos tras la reintroducción de secukinumab. Un paciente (2,9%) presentó colitis ulcerosa *de novo* durante el tratamiento y 3 experimentaron candidiasis mucocutánea leve. No observamos desarrollo de MACES ni tumores durante el seguimiento. **Conclusiones.** Secukinumab es un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con psoriasis moderada-grave, con una persistencia en nuestra serie similar a la obtenida en los ensayos clínicos y series previamente publicadas.

## 2. SARCOIDOSIS INDUCIDA POR ADALIMUMAB EN UNA PACIENTE CON PSORIASIS CRÓNICO EN PLACAS

R. García Castro, S. Blanco Barrios, M. Roncero Riesco, A.M. González Pérez, Á. Santos-Briz y C. Román Curto

*Servicio de Dermatología M.Q. y Venereología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.*

Mujer de 47 años con psoriasis en placas en tratamiento con adalimumab desde hace 3 años acude presentando lesiones nodulares, destacando la presencia de una placa eritemato-violácea a nivel de una cicatriz. Se realiza biopsia-punch de la infiltración de la cicatriz y biopsia incisional de un nódulo. Se realiza radiografía de tórax y TAC que demostraron adenopatías hiliares bilaterales. Se han publicado casos de sarcoidosis paradójica inducida por anti-TNF-alfa en artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. Son escasos, no obstante, los casos reportados en psoriasis exclusivamente cutánea. Notificamos un caso de sarcoidosis paradójica en una paciente con psoriasis en placas en tratamiento con adalimumab. Apenas hay casos descritos por este fármaco en pacientes con psoriasis únicamente cutánea sin afectación articular.

## 3. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE CON BIOSIMILARES: 24 PACIENTES

L. Linares-González, R. Ruiz-Villaverde y J.C. Ruiz-Carrascosa

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Introducción.** En el último año hemos procedido a la eclosión de los diferentes fármacos biosimilares de la primera línea terapéutica biológica usada en psoriasis: los fármacos anti-TNF. Su introducción ha supuesto una disminución significativa en los costes de consumo farmacéutico imputados a los servicios de Dermatología. En un momento donde existen fármacos con mejores tasas de eficacia y seguridad (anti-IL17, anti-IL12-23 y anti-IL23) creemos pertinente evaluar nuestra experiencia en el uso de los nuevos fármacos biológicos biosimilares, así como sus tasas de eficacia y seguridad.

**Material y método.** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de psoriasis moderado-grave que al menos hayan completado 12 semanas de tratamiento biosimilar subcutáneo (Etanercept- Benepali®, Adalimumab-Amgevita®, Imraldi®)

**Datos epidemiológicos:** Edad, sexo, IMC, artropatía psoriásica asociada, tratamiento sistémico previo, tratamiento biológico previo. **Datos de eficacia:** PASI, BSA y PGA basal, 12 y 24 semanas, fallo primario o secundario.

**Datos de seguridad:** Efectos secundarios.

**Evaluación de sustitución:** Naïve a biosimilar o procedente de sustitución/switching.

**Resultados.** Se han analizado un total de 24 pacientes, 17 varones y 8 mujeres. Respecto a los tratamientos previos, el 100% de los pacientes recibió tratamiento con metotrexato, el 42% ciclosporina, el 21% acitretino. De los 24 pacientes analizados, 10 (41,6%) iniciaron el tratamiento con Benepali® (etanercept), 8 pacientes (33,4%) comenzaron el tratamiento con Imraldi® (adalimumab) y 6 pacientes (25%) con Amgevita® (adalimumab). El PASI basal medio fue de 9,20 [3-15], BSA basal medio de 13,6% [4-28]. En la revisión a las 12 semanas de iniciar el tratamiento biológico biosimilar, la puntuación PASI media fue de 1,95 [0-16], BSA de 2,68% [0-23] y PGA médico de 1,08 [0-4].

**Discusión.** Los resultados obtenidos de PASI absoluto son relativamente buenos, la tasa de fallos primarios tras iniciar el tratamiento es más alta de la deseada. De los 3 biosimilares presentados, Benepali® presenta el peor perfil terapéutico.

**Conclusión.** En términos generales podemos afirmar que más del 75% de los pacientes con psoriasis tratados con biosimilares presentan buena respuesta a las 12 y 24 semanas de tratamiento. Sin embargo, es necesario un seguimiento a largo plazo para poder valorar la supervivencia del fármaco.

## 4. ANEMIA ARREGENERATIVA EN UN PACIENTE CON PSORIASIS TRATADO CON IXEKIZUMAB

L.M. Nieto Benito, A.M. Rosell Díaz, A. Mateos Mayo, A. Sánchez Herrero, I. Balaguer Franch, E. Hernández de la Torre Díaz, R. Romero Jiménez, R.M. Suárez Fernández y O. Baniandrés-Rodríguez

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción.** Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL17A considerado como eficaz y seguro en el tratamiento de la psoriasis moderada-severa. En los ensayos UNCOVER se describieron casos de neutropenia y trombocitopenia asociados a ixekizumab, sin haberse descrito hasta la fecha ningún caso de anemia. **Objetivo.** Presentar un caso de anemia arregenerativa asociado a la administración de ixekizumab.

**Caso clínico.** Varón de 55 años, en seguimiento por psoriasis grave y sin otros antecedentes relevantes, que a los dos meses de inicio de ixekizumab presenta una astenia intensa con un recuento de hemoglobina de 7 g/dL (previo 15 g/dL), sin datos de hemorragia ni hemólisis. El estudio de anemia hiporregenerativa (con descenso de reticulocitos) no mostró ninguna alteración. Ixekizumab fue suspendido y, por ser una anemia sintomática, se realizó una trasfusión sanguínea. Tras la discontinuación, los niveles de hemoglobina y reticulocitos fueron aumentando hasta su normalización al mes de la suspensión.

**Discusión.** No se han descrito casos previos de anemia asociada a ixekizumab. IL-17 es un mediador proinflamatorio que promueve la producción de factores de crecimiento hematopoyéticos y su inhibición, mediante agentes anti-IL17, podría interferir con la eritropoyesis.

## 5. BIMEKIZUMAB PROPORCIONA MEJORAS RÁPIDAS Y SOSTENIDAS EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE QUE SE CORRELACIONAN CON LA EFICACIA: RESULTADOS DE 60 SEMANAS DE UN ESTUDIO DE EXTENSIÓN DE FASE IIB ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO

R. Ruiz Villaverde<sup>a</sup>, K.A. Papp<sup>b</sup>, J.F. Merola<sup>c</sup>, A.B. Gottlieb<sup>d</sup>, C.E.M. Griffiths<sup>e</sup>, K.K. Harris<sup>f</sup>, N. Cross<sup>g</sup>, L. Peterson<sup>g</sup>, C. Cioffi<sup>h</sup> y A. Blauvelt<sup>i</sup>



<sup>a</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España. <sup>b</sup>Probitry Medical Research and K. Papp Clinical Research. Waterloo. ON. Canadá. <sup>c</sup>Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston. MA. Estados Unidos. <sup>d</sup>Department of Dermatology. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. NY. Estados Unidos. <sup>e</sup>Dermatology Centre. University of Manchester. Manchester. Reino Unido. <sup>f</sup>UCB Pharma. Hong Kong. China. <sup>g</sup>UCB Pharma. Raleigh. NC. Estados Unidos. <sup>h</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. y <sup>i</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. Estados Unidos.

**Introducción.** La psoriasis puede tener un gran impacto negativo en la calidad de vida (CdV). Bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que neutraliza selectivamente la IL-17A y la IL-17F, proporcionó mejoras clínicas importantes en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave en el estudio BE ABLE 1 (NCT02905006) de 12 semanas y el estudio de extensión de 48 semanas BE ABLE 2 (NCT03010527), sin hallazgos de seguridad inesperados. Se presentaron los resultados de DLQI y su asociación con el PASI absoluto a lo largo de 60 semanas.

**Métodos.** Los pacientes que lograron un PASI90 en la semana 12 (respondedores) en el estudio BE ABLE 1 y aleatorizados a placebo o bimekizumab 64 mg, 160 mg o 160 mg con una dosis de inicio (DI) de 320 mg cada 4 semanas (c4s), se mantuvieron con la misma dosis hasta la semana 60; los pacientes sin respuesta cambiaron de placebo o bimekizumab 64 mg a 160 mg, o de 160 mg ( $\pm$  DI) a 320 mg c4s. Los pacientes aleatorizados a 320 mg o 480 mg de bimekizumab recibieron 320 mg a partir de la semana 12. Los pacientes cumplieron el DLQI a lo largo del periodo de tratamiento. Los pacientes que alcanzaron un DLQI 0/1 se agruparon por PASI absoluto (0, > 0- < 2,  $\geq$  2- < 5,  $\geq$  5) en las semanas 12 y 60. Se utiliza la imputación de no respondedores (non-responder imputation, NRI) y los datos observados.

**Resultados.** El porcentaje de pacientes respondedores en el estudio BE ABLE 1 que lograron un DLQI 0/1 aumentó rápidamente hasta la semana 8; la mayoría logró el DLQI 0/1 en la semana 16 (79-95%) y esta respuesta se mantuvo hasta la semana 60 (76-93%). Se observaron mejoras rápidas y mantenidas en la CdV en pacientes que cambiaron de placebo a bimekizumab 160 mg, con un 84% de los pacientes que alcanzaron el DLQI 0/1 en la semana 60. En los demás grupos de dosis de bimekizumab, el 50-71% de los pacientes no respondedores en la semana 12 lograron el DLQI 0/1 en la semana 60. En el grupo combinado de bimekizumab, los pacientes con un PASI absoluto de 0 fueron los que se asociaron con una mayor CdV, con un 79% y un 95% que alcanzaron el DLQI 0/1 en las semanas 12 y 60, respectivamente.

**Conclusiones.** La neutralización dual de IL-17A e IL-17F con bimekizumab dio lugar a mejoras rápidas, sustanciales y duraderas en la CdV de pacientes con psoriasis de moderada a grave. Las mejoras en la CdV se asociaron a la respuesta clínica.

## 6. PUSTULOSIS PALMOPLANTAR REFRACTARIA TRATADA CON ÉXITO CON APREMILAST

R. Carrascosa de Lome, S. Galiano Mejías, D. Velázquez Tarjuelo, C. Silvente Nicasio, M. González Olivares y P. de la Cueva Dobao

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

**Introducción.** La pustulosis palmoplantar (PPP) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por una erupción de pústulas estériles en las palmas y las plantas. Apremilast es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas crónica y la artritis psoriásica.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 77 años, no fumadora, que había sido diagnosticada de una PPP hacía 3 años. Había recibido múltiples tratamientos (corticosteroides tópicos de alta potencia solos o asociados con calcipotriol tópico, doxiciclina, minociclina, acitretina, ciclosporina y metotrexato [oral y subcutáneo], que no fueron eficaces. Se desestimó el empleo de fármacos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral alfa, ya que está des-

crita que pueden causar paradójicamente PPP. Además, la paciente rechazó ser tratada con otros fármacos biológicos porque había tenido un cáncer de mama hacía 15 años. En base a todo esto, se decidió iniciar tratamiento con apremilast y, después de tan solo 2 semanas, se logró una resolución casi completa de los síntomas y de las lesiones cutáneas, que se mantiene tras más de un año de seguimiento sin efectos secundarios reseñables.

**Conclusiones.** La PPP es una enfermedad crónica, muy resistente al tratamiento, que supone un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Algunos autores la consideran una condición por sí misma, mientras que otros la engloban en el espectro de la psoriasis. La seguridad y eficacia de apremilast en psoriasis ha sido demostrada en varios ensayos clínicos, mientras que todavía no se ha realizado ninguno para confirmar su eficacia en PPP. En la literatura, hay muy pocos casos de PPP tratados con apremilast. En nuestro caso, cabe destacar la respuesta temprana en las primeras 2 semanas de tratamiento y el mantenimiento de la remisión durante al menos un año de seguimiento. En conclusión, consideramos que apremilast puede ser una opción efectiva en el tratamiento de esta condición refractaria.

## 7. RESCATE DE PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO CON DIMETILFUMARATO TRAS PASO POR TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

A. Andamoyo Castañeda, D.J. Godoy Díaz, M.T. Martín González, Á. Vera Casaño y L. Martínez Pilar

Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. España.

**Objetivo.** Mujer de 49 años de edad con los antecedentes de hipertensión arterial e hipertrigliceridemia que presenta psoriasis en placas en codos y predominantemente a nivel del cuero cabelludo de 5 años de evolución. Hasta 2016 había probado con tratamiento tópico y sistémicos clásicos como el metotrexato, acitretino y ciclosporina sin mejoría. En septiembre de 2016 comenzó tratamiento con secukinumab 300 mg semanal durante un mes y posteriormente 300 mg mensual hasta febrero de 2017 sin mejoría; posteriormente comenzó con adalimumab 40 mg cada 2 semanas hasta agosto de 2017 sin resultado; seguidamente se administró etanercept 50 mg 2 veces a la semana hasta diciembre de 2017 con pobre resultado. A continuación comenzó con apremilast a dosis de ficha técnica que tuvo que suspenderse en enero de 2018 por diarrea, dolor de miembros inferiores e insomnio. En este momento inició tratamiento con ixekizumab 160 mg como dosis de inicio y posteriormente 80 mg cada 2 semanas hasta la semana 12 para posteriormente seguir con 80 mg mensual hasta noviembre de 2018 con escasa mejoría clínica (PASI 4, BSA 8, DLQI 15, PSSI 55), por lo que se indicó tratamiento con dimetilfumarato según dosis de ficha técnica con buena tolerancia hasta 120-240-120 mg al día y mejoría significativa en abril de 2019 (PASI 2, BSA 3, DLQI 5, PSSI 14).

**Conclusiones.** Dimetilfumarato está indicado para el tratamiento de psoriasis en placas moderada-severa en pacientes adultos aptos para terapia sistémica. Clásicamente en las guías clínicas europeas se define psoriasis moderada aquella que tiene PASI > 10 y recientemente otros grupos de trabajo han definido psoriasis moderada PASI 7-17 y DLQI 5-15; no obstante, algunas formas de psoriasis pueden considerarse con un rango mayor gravedad debido a la importante afectación de áreas visibles como el cuero cabelludo. Según el estudio BRIDGE a la semana 16 alcanza PASI 75 el 37,5%, aclaramiento o casi aclaramiento cutáneo en el 33% y mejoría de la calidad de vida hacia afectación leve-moderada (DLQI medio de 5,3) de los pacientes tratados con dimetilfumarato respecto a placebo. Los ésteres de fumarato pueden ser usados en pacientes que previamente han sido tratados por otros fármacos sistémicos clásicos y no clásicos, aunque están descritos casos de mejoría tras tratamiento con dimetilfumarato en no respondedores a biológicos.

## 8. APREMILAST Y HEMODIÁLISIS

S. Armesto, M.C. González Vela, A.E. López Sundh, I. Navarro, M. Drake, M. Marcellan, A. Quintana, B. Castro, C. López Obregón, C. Durán, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez y M.A. González

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Presentamos un paciente de 66 años en situación de enfermedad renal crónica avanzada que requiere hemodiálisis. Además el paciente es bronquítico crónico, padece un síndrome metabólico con infarto de miocardio, hipotiroidismo y un adenocarcinoma renal que ha requerido una nefrectomía. Dermatológicamente asocia una psoriasis (PASI10, BSA8, DLQI3, EVA Picor 10/10) y un prurigo nodular de años de evolución. Dadas las multipatologías que presentaba con sus respectivas medicaciones optamos por administrar apremilast con posología de 30 mg. En la literatura únicamente hay descrito un caso, por esa razón consideramos interesante presentar el segundo, dentro de nuestro conocimiento. Sería interesante y necesario además cuantificar niveles de fármaco en estos pacientes ya que si la función renal es reemplazada artificialmente es posible puedan tolerar una dosis completa. O a la contra, al ser una molécula de pequeño tamaño pero superior a los productos de degradación de otros modificadores biológicos pueda existir una acumulación del fármaco.

## 9. COMUNIÓN DE GUANTE BLANCO

S. Armesto, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, L. Reguera, A. Quintana, M. Drake, M. Marcellan, C. López Obregón, C. Durán, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez y M.A. González

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

El estigma social que provoca la psoriasis es un hecho reconocido y estudiado en numerosas publicaciones. El rechazo público por miedo al contagio o sentimiento de repulsa hacia el paciente con lesiones suele provocar en este la necesidad de esconder la enfermedad e incluso alterar los hábitos de la vida diaria. Frecuentemente el paciente reconoce vestir de forma que nadie aprecie sus lesiones, no realizar deporte o no ir a la playa. Nosotros presentamos el caso de un paciente que se ha visto limitado en su labor profesional. Religioso, con una psoriasis crónica en placas y localización especial en manos, se vio obligado a dar la Comunión con guantes. Realizada la escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria no demostró afectación en nuestro paciente. Deducimos por ello que la actitud de cubrirse las manos tenía la finalidad de evitar incomodidad en sus creyentes así como facilitar la no adherencia de la Sagrada Forma a la piel afectada. Creemos que es una limitación anecdótica no valorada y por este motivo decidimos comunicarla. Nuestro paciente había realizado todos los tratamientos existentes en la actualidad en monoterapia y en combinación (acitretina, ciclosporina, ustekinumab, infliximab, adalimumab, etanercept + alitretinoína, secukinumab, apremilast, ixekizumab, metotrexato, ustekinumab y fumaratos) pero su psoriasis mejoraba en algunos casos, tiempos irrelevantes y de forma muy limitada. Brodalumab consiguió en menos de un mes que pudiera dar la comunión sin guantes.

## 10. APREMILAST COMBINATION THERAPY FOR THE TREATMENT OF PSORIASIS

S. Armesto, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, M. Drake, M. Marcellan, A. Quintana, B. Castro, C. Durán, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez, M.A. González y M.A. González Gay

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Psoriasis is a chronic autoimmune, inflammatory skin disease that poses an important physical, psychological, social and economic burden for patients and healthcare systems. The growing body of published data strongly suggest that apremilast is a suitable, effective and safe option to use in combination therapy (CT) with other agents, especially in cases of refractory disease where previous first-line treatments have failed. Here we review the current status of apremilast as CT in the management of psoriasis and we compare it with the combinations of a series of more than 300 patients in northern Spain.

## 11. IGRA (INTERFERON-GAMMA RELEASE ASSAYS), ¿SÍ, NO? CUANDO LA EXPERIENCIA DETERMINA TU CONDUCTA POSTERIOR

S. Armesto, M.C. González Vela, A.E. López Sundh, I. Navarro, N. Palmou, A. Quintana, M. Drake, M. Marcellan, C. Durán, P. Munguía, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez y M.A. González

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

La realización de una prueba (IGRA o Mantoux) al inicio de un tratamiento biológico es aceptada por todas las guías. Algunos centros como los Centers for disease Control (CDC) recomiendan la metodología IGRA frente al test Mantoux. La realización de estos test de forma anual es controvertida. Las conversiones en ambas direcciones son frecuentes preferentemente si utilizamos IGRA. Dado los falsos positivos se recomienda no utilizar salvo contactos o en zonas endémicas, evitando así la hepatotoxicidad de la profilaxis. Nosotros realizamos un estudio exploratorio durante 3 meses con el fin de que nuestros pacientes no se repitieran (revisiones cada 4 meses). De 200 pacientes viraron 4 a positivo. Tres estaban con secukinumab y uno anecdóticamente con apremilast (habitualmente sin screening periódico). Uno de los pacientes realizó una TBC pulmonar simultáneamente a la llegada de la analítica. Comentamos este desgraciado caso que personalmente me hace tomar opción por el control anual. De igual forma estudiamos cuántos de esos pacientes (200) habían realizado profilaxis con anterioridad con isoniazida. De los 9 pacientes tratados con más de un año de latencia solo viró a negativo uno de ellos. El resto permanecieron IGRA positivo. Aunque se carece de datos sobre la lectura de estos test y el intervalo óptimo en el que deben ser realizados, sería interesante un estudio serio porque las malas experiencias suponen un fracaso para el paciente y para el profesional.

## 12. PSORIASIS PALMOPLANTAR TRATADA CON DIMETILFUMARATO: INFORME DE UN CASO

A. Barrutia-Borque

*Departamento de Dermatología. Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa. Urduliz. Bizkaia. España.*

**Introducción.** Se presenta el caso de un paciente con psoriasis palmo-plantar tratada con dimetilfumarato (DMF), una formulación oral aprobada para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos.

**Caso clínico.** Paciente varón de 51 años de edad que acude por psoriasis palmar de larga evolución sin otros antecedentes médicos de interés. Refiere mala calidad de vida relacionada con las lesiones cutáneas pues interfieren en su vida diaria al ser conductor profesional. En la exploración física inicial presenta lesiones de psoriasis en la cara ventral y dorsal de los dedos, pulpejos y sobre las articulaciones metacarpofalángicas, con hiperqueratosis y fisuración. Presencia de prurito e induración. Psoriasis Area Severity Index (PASI) de 3,8 y Body Surface Area (BSA) 1%. Sin afectación ungueal. No presenta dolores articulares y no ha habido episodios de dactilitis ni entesitis u osteocondritis. Ha sido tratado con corti-

esteroides tópicos con una respuesta insuficiente. No ha recibido ningún tratamiento sistémico ni fototerapia previamente. Presenta perfiles lipídico y hepático alterados que desaconsejan tratamiento con acitretina o metotrexato. Se inicia DMF 30 mg/día con escalado gradual hasta un máximo de 720 mg/día según ficha técnica. A los tres meses de iniciar DMF (con una dosis total diaria tolerada de 360 mg) se observa mejoría de las lesiones, con menos fisuras. PASI de 2,1 y BSA 1%. A los seis meses de iniciar DMF (dosis total diaria de 240 mg) la mejoría sigue, con presencia solo de mínimas lesiones en el dorso de los dedos. PASI de 0,5 y BSA < 1%. El paciente no se ha aplicado corticosteroides tópicos durante el tratamiento con DMF. Después de seis meses, continúa en tratamiento con 120 o 240 mg/día de DMF según clínica. Próximo control previsto a los nueve meses de tratamiento. En cuanto a seguridad, de entre las reacciones adversas con DMF descritas como muy frecuentes, el paciente ha presentado rubefacción (sin hinchazón) durante todo el periodo de tratamiento, básicamente a las pocas horas de tomar cada dosis. No ha presentado trastornos gastrointestinales ni linfopenia durante los primeros seis meses.

**Conclusiones.** El paciente ha alcanzado un PASI 75 (disminución del  $\geq 75\%$  del PASI inicial) a los seis meses de tratamiento con DMF. Durante el tratamiento con DMF el paciente no ha recibido ningún tratamiento tópico, por lo que la mejoría de las lesiones de psoriasis se debe exclusivamente al tratamiento sistémico con DMF. Este caso clínico descrito permite sugerir que el tratamiento con DMF puede mejorar significativamente los síntomas de psoriasis palmo-plantar de los pacientes afectados.

### 13. BIMEKIZUMAB PROPORCIONA MEJORAS RÁPIDAS Y SOSTENIDAS EN CUERO CABELLUDO Y UÑAS DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DE 60 SEMANAS DE UN ESTUDIO DE EXTENSIÓN DE FASE IIB ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO

P. Coto-Segura<sup>a</sup>, A. Blauvelt<sup>b</sup>, K.A. Papp<sup>c</sup>, J.F. Merola<sup>d</sup>, A.B. Gottlieb<sup>e</sup>, N. Cross<sup>f</sup>, C. Madden<sup>g</sup>, L. Peterson<sup>h</sup>, C. Cioffi<sup>i</sup> y C.E.M. Griffiths<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres. Asturias. España. <sup>b</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. Estados Unidos. <sup>c</sup>Probit Medical Research and K. Papp Clinical Research. Waterloo. ON. Canadá. <sup>d</sup>Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston. MA. Estados Unidos. <sup>e</sup>Department of Dermatology. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. NY. Estados Unidos. <sup>f</sup>UCB Pharma. Raleigh. NC. Estados Unidos. <sup>g</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. <sup>h</sup>Dermatology Centre. University of Manchester. Manchester. Reino Unido.

**Introducción.** Bimekizumab, inhibidor dual de la IL-17A y la IL-17F, ha demostrado ser eficaz en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave tanto en el estudio BE ABLE 1 (NCT02905006) de 12 semanas (sem) como en el estudio de extensión de 48 sem, BE ABLE 2 (NCT03010527), sin hallazgos de seguridad inesperados. Se presentan los resultados en cuero cabelludo y uñas, y de calidad de vida en los pacientes que lograron un PASI90 en la sem 12 (respondedores) a lo largo de las 60 sem de estudio.

**Métodos.** Los pacientes respondedores aleatorizados a placebo o bimekizumab 64, 160 o 160 mg con una dosis de inicio de 320 mg cada 4 sem y hasta la sem 12, continuaron con la misma dosis hasta la sem 60; aquellos que recibieron 320 o 480 mg de bimekizumab al inicio continuaron con 320 mg hasta la sem 60. Se evaluó la resolución de la psoriasis en cuero cabelludo (PSSI = 0) y en uñas (mNAP-SI = 0). También se evaluó la eficacia en piel (PASI = 0 e IGA = 0) y el DLQI 0/1. Los resultados se presentan utilizando imputación de no respondedores (NRI) y datos observados.

**Resultados.** El porcentaje de pacientes respondedores en BE ABLE 1 con psoriasis en cuero cabelludo al inicio que lograron la resolu-

ción aumentó rápidamente con bimekizumab (53-69% en la sem 4); las respuestas se mantuvieron hasta la sem 60 (76-100% [NRI]). El porcentaje de pacientes respondedores con psoriasis ungueal que lograron la resolución también aumentó con el tiempo en todos los grupos de dosis de bimekizumab (73-89% en la sem 60 [NRI]). La mayoría de los pacientes que lograron resolución de la psoriasis en cuero cabelludo y/o uñas también presentaron buena respuesta en el resto de la piel en la sem 60 (60-73% [NRI]), y dicha resolución se asoció a la mejora de la calidad de vida, con el 91% y el 84% de los pacientes, respectivamente, que lograron un DLQI de 0 o 1 en la sem 60 (datos observados).

**Conclusiones.** En pacientes con psoriasis en cuero cabelludo y uñas, bimekizumab proporcionó un beneficio clínico rápido e importante que se mantuvo hasta la sem 60. La mayoría de los pacientes respondedores en BE ABLE 1 lograron la resolución de la psoriasis en cuero cabelludo y uñas, además de mejoras de la calidad de vida durante el estudio.

### 14. OPTIMIZACIÓN DE SECUKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA

S. Medina Montalvo<sup>a</sup>, R. Pérez Mesonero<sup>a</sup>, I. Checa Recio<sup>b</sup>, N. Jiménez Gómez<sup>c</sup>, M.A. Ballester Martínez<sup>c</sup>, B. Gómez Dorado<sup>d</sup>, A. Sánchez Gil<sup>e</sup>, M.E. Sánchez-Largo Uceda<sup>f</sup>, F. Alcántara Nicolás<sup>g</sup>, M. Hospital Gil<sup>h</sup>, D. Ruíz Genao<sup>i</sup>, N. Valdeolivas Casillas<sup>j</sup>, M.C. Fariña Sabarís<sup>k</sup>, J. Torre Castro<sup>k</sup> y L. Trasobares Marugán<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>H.U. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>b</sup>H.G.U. Guadalajara. <sup>c</sup>H.U. Ramón y Cajal. Madrid. <sup>d</sup>H.U. Virgen de la Salud. Toledo. <sup>e</sup>H. Rey Juan Carlos. Móstoles. Madrid. <sup>f</sup>H.U. de Torrejón. Madrid. <sup>g</sup>H. Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. <sup>h</sup>H.U. Puerta de Hierro. Madrid. <sup>i</sup>H.U.F. Alcorcón. <sup>j</sup>H.U. del Sureste. <sup>k</sup>H.U.F. Jiménez Díaz. Madrid. España.*

El RWE de secukinumab de Madrid y Castilla La Mancha ha aumentado el número de centros participantes a 11, lo que ha supuesto un incremento en el número de pacientes desde la última revisión. Aportamos el análisis de los datos correspondientes a 169 pacientes en tratamiento con secukinumab, desde el punto de vista de la optimización del tratamiento. Los objetivos de este estudio fueron: 1) estimar el porcentaje de pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento con secukinumab en los que se está optimizado el tratamiento y cuáles son las pautas utilizadas; 2) evaluar su resultado en términos de mantenimiento de respuesta.

**Métodos.** Estudio observacional multicéntrico transversal con fase longitudinal retrospectiva de 18 meses. Se incluyeron todos los pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento con secukinumab (23/02/2015 a 31/12/2017) en los centros participantes (11). Se estimó el porcentaje de optimización con intervalos de confianza del 95% y se describen las pautas. No se consideraron optimizados los pacientes con inicio fuera de ficha técnica (FFT).

**Resultados.** Se identificaron 169 pacientes en tratamiento con secukinumab, de los cuales 23 comenzaron. De los 146 que iniciaron según ficha técnica, 45 estaban optimizados (30,8%; 23,2-38,4). El 68% eran hombres, con una edad media al inicio de 47,3 años (DE = 12,95) y una duración media de la psoriasis de 18,2 años (DE = 10,9). La prevalencia de comorbilidades fue alta, con 18,3% de diabetes mellitus (DM), 30,7% de hipertensión (HTA), 37,3% de hiperlipidemia (HL), 37,3% de obesidad y 24,3% de artropatía. El 50% había suspendido previamente el tratamiento sistémico por efectos adversos y el 55,6% había sido tratado previamente con biológicos. En 12 pacientes se redujo la dosis y en 33 se modificó el intervalo de administración. Los pacientes varones se optimizaron con más frecuencia (84,4% hombres, 15,6% mujeres). La optimización no varió de forma significativa en función de comorbilidades como HTA, DM ni HL. Entre los que iniciaron FFT a dosis de 150 mg, la proporción de artritis es mayor ( $p = 0,001$ ). El PASI basal fue de

15 (DE = 8,11), para los pacientes optimizados, sin diferencias significativas con los no optimizados. A la optimización la media de PASI fue 0,43 (DE = ,98), a los 6 meses 0,7 (DE = 1,41), a los 12 meses 0,94 (DE = 1,3) y a los 18 meses 0,95 (DE = 1,44).

**Conclusiones.** La tasa de optimización con secukinumab es elevada y precoz, así como el inicio FFT. Las pautas de optimización son muy variables. Parece factible el mantenimiento de la respuesta tras optimización en grupos seleccionados de pacientes. Probablemente el concepto de optimización como adecuación de la dosis para cada paciente y en cada momento sea el utilizado en los próximos años.

## 15. DURMIENDO CON MI SISTEMA INMUNE

S. Armesto, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, N. Palmou, A. Quintana, M. Drake, M. Marcellan, C. Duran, P. Munguía, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez, R. Blanco, M.A. González y M.A. González Gay

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Presentamos una paciente de 42 años con AP de psoriasis invertida, vitiligo y sarcoidosis. La paciente en el momento actual presentaba psoriasis y vitiligo en axilas y región genital, y eritema nodoso en cara tibial de una extremidad inferior. Además estaba siendo tratada de una blefaritis unilateral en párpado inferior derecho mediante infiltraciones con corticoides. La mala respuesta de la supuesta blefaritis con pérdida de pestaña nos obliga a la realización de una biopsia. El estudio histológico confirma el diagnóstico de lupus. La analítica realizada posteriormente descarta afectación sistémica. Dada la asociación de entidades autoinmunes y el perfil versátil de apremilast, nos inducen a tratar a la paciente con este fármaco. Presentamos la evolución de la paciente y recalamos dos conclusiones. En primer lugar, aunque sea excepcional un lupus cutáneo puede confundirse con una blefaritis crónica. En segundo lugar, apremilast con su perfil farmacológico aclaró la psoriasis completamente así como el eritema nodoso y mejoró claramente la lesión única de lupus y de forma más larvada el vitiligo.

## 16. POR SUERTE, DUMBO NO TENÍA PSORIASIS

S. Armesto, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, N. Palmou, L. Reguero, A. Quintana, M. Drake, M. Marcellan, C. Duran, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez, R. Blanco, M.A. González Gay y M.A. González

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Se reconoce que un 18% de los pacientes con psoriasis presentan afectación del pabellón auricular y conducto auditivo. Esta localización especial, poco valorada, provoca una alteración de vida severa, un EVA picor máximo, un incremento de otitis y una disminución de audición probablemente mecánica reconocida ya en publicaciones. Nosotros revisamos 753 pacientes que acudieron a la consulta entre 17-6-2019 y 20-10-2019 (4 meses). El motivo fundamental de consulta en 23 pacientes fue la psoriasis en conducto auditivo. Cuando preguntamos al resto de los pacientes sobre esta localización 120 confirmaron descamación más o menos molesta. Estudiamos la severidad de la afectación de los 23 primeros, mediante PGA, EVA picor y DLQI. Fueron tratados con metotrexato, secukinumab y apremilast según perfil, mejorando su clínica como con posterioridad demostraremos.

**Conclusión.** La localización en el conducto auditivo es una localización poco estudiada. Carecemos de escalas específicas dentro de mi conocimiento y sus repercusiones a nivel de picor, infecciones y pérdida de audición hacen de ella una forma grave de psoriasis.

## 17. DESARROLLO DE VITÍLIGO EN UN PACIENTE CON PSORIASIS EN PLACAS EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

F.J. de la Torre Gomar, A. Urtaran Ibarzabal, A. Sáenz Aguirre, P. Roses Gibert, J. Gimeno Castillo, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya y R. González Pérez

*Hospital Universitario Araba. Vitoria. Álava. España.*

**Introducción.** Adalimumab es un anticuerpo monoclonal completamente humanizado antifactor de necrosis tumoral  $\alpha$  (anti-TNF  $\alpha$ ) que generalmente es bien tolerado. Desde su comercialización, se han ido reportando varios efectos adversos cutáneos, incluidos procesos inmunomediados. Describimos un caso de vitiligo en un paciente con psoriasis coincidiendo con el inicio del tratamiento con adalimumab.

**Caso clínico.** Varón de 42 años con psoriasis en placas de más de 15 años de evolución. Al comenzar con artritis psoriásica se indicó tratamiento con adalimumab quincenal. A las pocas semanas de inicio del tratamiento, presentó remisión completa de las placas de psoriasis pero comenzó con máculas acrómicas asintomáticas en dorso de codos, manos y pies así como en cuerpo de pene compatibles con vitiligo. El estudio de autoinmunidad fue negativo. Las lesiones acrómicas fueron tratadas con corticoide tópico, tacrólimus tópico, fenilalanina tóxica y fototerapia sin mejoría. Recientemente se ha sustituido adalimumab por secukinumab por mal control de su psoriasis cutánea y articular, y estamos pendientes de valorar la evolución de las lesiones de vitiligo.

**Discusión.** El papel de los fármacos anti-TNF  $\alpha$  en el desarrollo de vitiligo es complicado y contradictorio. Se han publicado algunos casos que muestran el efecto terapéutico de la terapia anti-TNF en el vitiligo en pacientes tratados con terapia anti-TNF  $\alpha$  por otro proceso. Por otra parte, el uso de fármacos anti-TNF  $\alpha$  se ha visto asociado al desarrollo de psoriasis o alopecia areata como reacciones paradójicas. Consideramos que, como explicación más probable, las lesiones de vitiligo en nuestro paciente responden a un mecanismo similar. Para realizar esta aseveración nos apoyamos en la temporalidad y la plausibilidad biológica (con cuatro casos publicados de vitiligo atribuidos al uso de adalimumab).

**Conclusión.** Las publicaciones previas, así como nuestro caso, sugieren que los fármacos anti-TNF  $\alpha$ , incluido el adalimumab, pueden inducir el desarrollo de vitiligo. Consideramos relevante la comunicación de estos nuevos casos para una detección precoz y tratamiento del vitiligo en pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF  $\alpha$ .

## 19. DIFERENCIAS DEL IMPACTO DE LA PSORIASIS EN HOMBRES Y MUJERES: RESULTADOS DEL INFORME SOBRE LA PSORIASIS Y LA FELICIDAD

D.P. Ruiz Genao<sup>a</sup>, S. McBride<sup>b</sup>, C. Ecoffet<sup>c</sup>, F.L.P. Fierens<sup>o</sup> y M. Birkjær<sup>d</sup>

<sup>a</sup>*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

<sup>b</sup>*Royal Free London NHS Foundation Trust. London. Reino Unido.*

<sup>c</sup>*UCB Pharma. Brussels. Bélgica.* <sup>d</sup>*The Happiness Research Institute. Copenhagen. Dinamarca.*

**Objetivo.** Los informes sobre la psoriasis y la felicidad 2017/2018 constataron, a nivel mundial, que las mujeres con psoriasis referían ser menos felices que los hombres. Se presenta el efecto del género en el impacto de la psoriasis (PSO).

**Materiales.** Participantes ( $\geq 16$  años; de 21 países) con PSO auto-diagnosticada cumplieron las encuestas disponibles en una plataforma digital PsoHappy (07/2017 a 08/2018). El bienestar psicológico se evaluó con las escalas: 1) PANAS de afecto positivo y negativo, 2) autoevaluación de Cantril, 3) estrés percibido de Cohen y 4) autoestima de Rosenberg. Se evaluó el bienestar social con el DLQI y la escala de soledad de UCLA. Se examinaron los efectos

de la localización geográfica, el género y la edad en el bienestar psicológico y social.

**Resultados.** Se obtuvieron 89.778 respuestas. El género fue una variable más determinante del bienestar psicológico que la localización geográfica; así, el modo en el que un hombre en Alemania se ve afectado por su PSO se parecía más al de un hombre en México ( $[r] = 0,81$ ) que al de una mujer en Alemania ( $r = 0,74$ ). Las mujeres reportaron ser más sensibles a emociones negativas (coeficiente no estandarizado  $[B] =$  estandarizado  $[B] = M0,92, H0,66$ ), mientras que los hombres lo hicieron a las emociones positivas ( $B = H0,95, M0,59$ ). La PSO afectó negativamente al bienestar social en ambos géneros, interfiriendo con el ocio ( $M/H: 22\%$ ), las actividades rutinarias ( $18\%$ ) y la pareja/los amigos ( $17\%$ ). Sin embargo, el impacto social de la PSO fue más perjudicial para la satisfacción con la vida de las mujeres (ocio  $r = M-0,25, H-0,19$ ; actividades rutinarias  $r = M-0,20, H-0,14$ ; la pareja/los amigos  $r = M-0,25, H-0,19$ ). Con respecto a la soledad, sentirse excluido/aislado, para las mujeres ( $r = M-0,26, H-0,21$ ) tenía un mayor impacto negativo en la satisfacción con la vida que la falta de compañía ( $r = M/H-0,17$  para ambos). Las mujeres jóvenes ( $16-45$  años) mostraban con mayor frecuencia baja autoestima ( $30\%$ ) que los hombres jóvenes ( $17\%$ ) o las mujeres mayores de  $46$  años ( $23\%$ ). Las mujeres y hombres con APs informaron de una satisfacción con la vida menor en un  $11\%$  y un  $4\%$  que sus homólogos con PSO solamente.

**Conclusiones.** El bienestar de las personas que viven con PSO, y particularmente de las mujeres jóvenes, requiere mayor atención. Las diferentes respuestas según el género a la hora de vivir con la PSO sugieren que pueden estar justificados enfoques adaptados a las necesidades específicas de hombres y mujeres.

NOTA: H = hombre, M= mujer.

## 20. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CON APREMILAST. EXPERIENCIA A 3 AÑOS EN UNIDAD DE PSORIASIS HUPHM

M. Hospital Gil, H. Cembrero, R. Cabeza, L. Turrión, E. López-Negrete, C. Martínez-Mera, I. Salguero, F. Alfageme, M. Elosua, M. Sigüenza, M.A. González de Domingo y G. Roustan

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid (HUPHM). España.*

Se presenta una serie de 51 pacientes con psoriasis tratados con apremilast entre 2016 y 2019 en el HUPHM. Se analizan los datos epidemiológicos de la serie, las características de los pacientes, los tratamientos previos recibidos y la respuesta y persistencia de esta al tratamiento con apremilast. La media de respuesta PASI absoluto en el grupo global fue de  $10$  a  $2$  y la media de DLQI de  $12$  a  $3$ . En el subgrupo de pacientes que habían recibido biológicos previos la media de respuesta PASI absoluto fue de  $9$  a  $3$  y el DLQI de  $11$  a  $4$ . En los 3 años de seguimiento un  $74\%$  de los pacientes mantienen el tratamiento. De las causas de suspensión, un  $10\%$  fue por intolerancia, un  $12\%$  por falta de respuesta y un  $4\%$  por pérdida de seguimiento. No se han objetivado efectos adversos graves en nuestro grupo de pacientes y entre los efectos adversos leves se encuentran los descritos en ficha técnica.

## 21. PSORIASIS RUPIOIDE: UNA VARIANTE RARA

J. Jiménez Cauhé<sup>a</sup>, B. Díaz Guimaraens<sup>a</sup>, A. Ferrer Gómez<sup>b</sup> y A. Ballester Martínez<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Una mujer de  $31$  años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, presentaba lesiones asintomáticas de un mes de evolución en brazos, piernas y espalda, sin otra sintomatología sistémica. Había sido tratada con clindamicina oral durante  $14$  días

sin mejoría. A la exploración física presentaba placas ovaladas, bien delimitadas, de tamaño variable, salpicadas por tronco y extremidades. Las lesiones estaban cubiertas por una escama gruesa blanquecina, compuesta por varias capas hiperqueratósicas perfectamente concéntricas y rodeadas por un anillo eritemato-descamativo. La dermatoscopia mostró con más detalle dicha hiperqueratosis concéntrica, además de glóbulos hemorrágicos centrales. En la biopsia cutánea se observó hiperqueratosis paraqueratósica con llamativos cambios corneales en forma de exoserosis confluyente y exudado cíclico de neutrófilos. Por correlación clínico-patológica se llegó al diagnóstico de psoriasis rupioide.

**Discusión.** La psoriasis ostrácea, elefantina y rupioide son 3 formas de psoriasis poco frecuentes caracterizadas por una hiperqueratosis excesiva. Fueron descritas en 1948 por la dermatóloga polaca Marian Grzybowski con el término "psoriasis exudativa". La proliferación queratinocítica acelerada junto con el abundante exudado seroso conducen a la formación de capas concéntricas costrosas, que recuerdan a la concha de una ostra. Se deben excluir otras entidades con morfología rupioide como artritis reactiva, sífilis secundaria, histoplasmosis diseminada o sarna noruega. La psoriasis rupioide se ha asociado clásicamente a artritis psoriásica y resistencia al tratamiento tópico. Sin embargo, nuestro caso no presentó artritis y se manejó de forma satisfactoria con propionato de clobetasol tópico.

## 22. ALOPECIA SEVERA COMO REACCIÓN PARADÓJICA PSORIASIFORME

I. Martínez Pallás<sup>a</sup>, A. Montes Torres<sup>a</sup>, M. Álvarez Salafranca<sup>a</sup>, H. Iliev Iliev<sup>b</sup>, M. García García<sup>b</sup> y M. Ara Martín<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. España.*

**Introducción.** Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- $\alpha$ ) son fármacos muy útiles tanto en psoriasis como en enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, también son capaces de inducir psoriasis en algunos casos. Se estima una incidencia de entre  $1,04-3$  casos por cada  $1.000$  pacientes-año tratados con anti-TNF- $\alpha$ , correspondiendo un  $20\%$  a pacientes con EII.

**Caso clínico.** Mujer de  $25$  años, diagnosticada de enfermedad de Crohn en 2014, en tratamiento con azatioprina desde ese mismo año. Además, había recibido tratamiento con adalimumab que había sido suspendido tras el inicio de lesiones cutáneas de tipo "psoriasisiforme". Desde 2017 se había iniciado tratamiento con infliximab y al cabo de 6 meses habían aparecido de nuevo lesiones en la piel. Consulta en nuestro servicio por el aumento en extensión y gravedad durante los últimos 6 meses. A la exploración física se podía objetivar grandes placas eritemato-descamativas que abarcaban axilas, pubis, abdomen y orejas. En cuero cabelludo presentaba grandes placas hiperqueratósicas e infiltradas que ocasionaban tras su desprendimiento una alopecia multifocal difusa. Tres semanas antes desde el Servicio de Digestivo se había decidido suspender infliximab e instaurar tratamiento con ustekinumab ante los efectos adversos cutáneos, pese a lo cual no había presentado mejoría, por lo que se decidió ingreso en nuestro servicio. Mediante el empleo de corticoides sistémicos y tópicos, combinados con ácido salicílico y emolientes se logró una franca mejoría, manteniendo la respuesta gracias al empleo de ustekinumab.

**Discusión.** La alopecia es una presentación poco frecuente de reacción paradójica psoriasisiforme existiendo tan solo 31 casos descritos en la literatura. La mayoría se da en mujeres jóvenes con una media de edad de  $23,71$  años ( $7-50$ ) y sin antecedentes personales ni familiares de psoriasis. Suele asociarse a la afectación de pliegues y a pustulosis palmo-plantar. La principal patología de base es la enfermedad de Crohn e infliximab el fármaco que más frecuentemente se ha asociado a esta forma de alopecia, con una latencia media de  $13$  meses. En la mayoría de los casos se opta por inte-

rrumpir el tratamiento, sustituyéndolo por fármacos sistémicos clásicos, otros anti-TNF- $\alpha$  o ustekinumab. Tan solo existen 2 casos reportados de alopecia cicatricial, mientras que en el resto la evolución es favorable hacia un aclaramiento parcial o total.

### 23. SEGURIDAD DE RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA/GRAVE: ANÁLISIS DE LOS DATOS AGRUPADOS DE MÚLTIPLES ENSAYOS CLÍNICOS

H. Bachelez<sup>a</sup>, K.B. Gordon<sup>b</sup>, A. Blauvelt<sup>c</sup>, B. Strober<sup>d</sup>, S. Harbers<sup>e</sup>, J. Valdés<sup>f</sup>, B. Waterhouse<sup>f</sup>, R. Sinval<sup>g</sup>, M. Lebwohl<sup>g</sup> y K. Reich<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Saint-Louis Hospital. Sorbonne Paris Cité University Paris Diderot. Paris. Francia. <sup>b</sup>Medical College of Wisconsin. Milwaukee. WI. Estados Unidos. <sup>c</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. Estados Unidos. <sup>d</sup>Department of Dermatology. University of Connecticut. Farmington. CT. Estados Unidos and Probit Medical Research. Waterloo. ON. Canadá. <sup>e</sup>AbbVie Inc. Rungis. Francia. <sup>f</sup>AbbVie Inc. North Chicago. IL. Estados Unidos. <sup>g</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Department of Dermatology. New York. NY. Estados Unidos. <sup>h</sup>Center for Translational Research in Inflammatory Skin Diseases. Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Skinflammation® Center. Hamburg Dermatologikum Berlin. Alemania.

**Objetivo.** Analizar la seguridad a corto y largo plazo de risankizumab (RZB) en pacientes con psoriasis moderada/grave.

**Materiales.** Se evaluó la seguridad de RZB en pacientes con psoriasis moderada/grave a corto plazo (16 semanas) frente a adalimumab (ADA), ustekinumab (UST) y placebo (PBO) con datos provenientes de 5 ensayos de fase 2-3. También se analizó la seguridad de RZB a largo plazo a partir de los datos agrupados de 11 estudios de fase 1-3 completados y otros ensayos en curso a 26 de septiembre de 2018.

**Resultados.** En el estudio de seguridad a corto plazo se incluyeron pacientes que recibieron 150 mg de RZB (n = 1.306), ADA (n = 304), UST (n = 239) y PBO (n = 300) durante 16 semanas, que representan 402,2; 95; 75,9 y 92 años-paciente (PY). Durante este período, los efectos adversos (EA) ocurrieron en el 48,9%, el 56,9%, el 52,3% y el 48,3% de los pacientes que recibieron RZB, ADA, UST y PBO. Las tasas de EA graves (EAG) fueron 2,4; 3, 5 y 4%, respectivamente. En general, los EA hasta la semana 16 fueron comparables entre los grupos de tratamiento, y la mayoría fueron de gravedad leve a moderada. Los EAG más frecuentes con RZB fueron celulitis (n = 2; 0,2%) y carcinoma de células escamosas (n = 2; 0,2%). Las tasas generales de infección fueron similares para RZB, UST y ADA, siendo las infecciones de las vías respiratorias superiores las más comunes entre los pacientes que recibieron 150 mg de RZB, incluida la infección viral del tracto respiratorio superior (n = 77; 5,9%), la infección del tracto respiratorio superior (n = 55; 4,2%) y la sinusitis (n = 13; 1%), todas de gravedad leve a moderada. Hasta semana 16, seis pacientes (0,5%) que recibieron RZB padecieron tumores malignos, un paciente (0,3%) que recibió ADA, ningún paciente que recibió UST y un paciente (0,3%) que recibió placebo. En general, las tasas de los EA emergentes ajustadas a la exposición del tratamiento (TEAE) y las TEAE de interés para la seguridad no aumentaron con el tiempo. La exposición a largo plazo (duración del tratamiento de hasta 52,5 meses) incluyó a 2.502 pacientes que recibieron  $\geq 1$  dosis de RZB, lo que representa 4.401,8 PY. La tasa de EAG se mantuvo constante con el tiempo (9,9 y 8,9 eventos/100 PY hasta la semana 16 y a largo plazo, respectivamente), y los tipos de EAG generalmente permanecieron consistentes. Tampoco aumentó la tasa de infecciones, ni la de cáncer de piel no melanoma o la de tumores malignos excluyendo NMSC con la exposición a RZB a largo plazo. No hubo casos de tuberculosis activa en el análisis a corto o largo plazo.

**Conclusión.** Las tasas de EA en la semana 16 con RZB fueron bajas y similares a los grupos de comparación y a las tasas de EA con tratamiento de RZB a largo plazo hasta 52,5 meses. El análisis de los datos de seguridad agrupados de múltiples ensayos clínicos que abarcan 4.401,8 pacientes-año respalda que el tratamiento con RZB es seguro y bien tolerado en pacientes con psoriasis de moderada a grave.

### 24. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL CAMBIO DE USTEKINUMAB A RISANKIZUMAB: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO LIMMITLESS

B. Strober<sup>a</sup>, K. Eyerich<sup>b</sup>, H. Chih-Ho Hong<sup>c</sup>, J. Zeng<sup>d</sup>, W.C. Valdecantos<sup>d</sup>, J. Valdés<sup>d</sup> y H. Bachelez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>University of Connecticut. Farmington. Connecticut. Estados Unidos y Probit Medical Research. Waterloo. Ontario. Canadá. <sup>b</sup>Department of Dermatology and Allergy. Technical University of Munich. Alemania. <sup>c</sup>University of British Columbia. Department of Dermatology and Skin Science and Probit Medical Research. Surrey. BC. Canadá. <sup>d</sup>AbbVie Inc. North Chicago. IL. Estados Unidos. <sup>e</sup>Saint-Louis Hospital. Sorbonne Paris Cité University Paris Diderot. Paris. Francia.

**Objetivo.** Los ensayos fase 3 doble ciego, UltIMMa-1 y -2, demostraron una eficacia superior para RZB en comparación con ustekinumab (UST) durante 52 semanas en pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a severa. Aquí, evaluamos la eficacia y la seguridad a largo plazo del cambio de UST a RZB en pacientes que inicialmente se asignaron al azar a UST y posteriormente continuaron en el estudio de extensión abierto LIMMITless.

**Materiales.** Pacientes de los estudios UltIMMa-1 y -2 asignados al azar a UST que completaron las 52 semanas de tratamiento fueron incluidos en el estudio de extensión abierto LIMMITless (NCT03047395) en el que recibieron, independientemente de su respuesta a UST en la semana 52, 150 mg de RZB cada 12 semanas. Se analizó la eficacia preliminar de RZB mediante la reducción del índice de gravedad del área con psoriasis de al menos un 90% (PASI 90) y la puntuación en la evaluación global estática del médico de claro o casi claro (sPGA 0/1). También se evaluó la seguridad durante las 12 semanas de extensión abierta en todos los pacientes.

**Resultados.** En UltIMMa-1 y -2, 199 pacientes fueron inicialmente asignados al azar a UST, de los cuales, 184 completaron los estudios y 169 continuaron en el ensayo de extensión abierta. Tras 12 semanas de tratamiento con RZB, se observaron tasas de aclaramiento de la piel más altas. Respecto a los eventos adversos (EA), tras 12 semanas de tratamiento con RZB, hubo 2 (1%) pacientes que tuvieron EA graves y uno (< 1%) que interrumpió el tratamiento debido a un EA. Hubo un caso de infección grave de apendicitis que no causó la interrupción del fármaco del estudio y se resolvió después de la apendicectomía. No se informaron casos de tumores malignos (incluidos los cánceres de piel no melanoma), eventos cardíacos adversos mayores, tuberculosis activa, reacciones de hipersensibilidad graves o muerte.

**Conclusiones.** En 12 semanas de tratamiento con RZB tras el cambio de UST, se observó una mejora de la eficacia y un buen perfil de seguridad. En el Congreso se presentará un análisis actualizado de los datos de eficacia y seguridad del cambio de UST a RZB a largo plazo (1,5 años del estudio de extensión abierta).

### 25. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE LA ADMINISTRACIÓN CADA 12 SEMANAS DE RISANKIZUMAB DE FORMA CONTINUA: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO LIMMITLESS

K. Papp<sup>a</sup>, M. Lebwohl<sup>b</sup>, M. Ohtsuki<sup>c</sup>, L. Puig<sup>d</sup>, J. Zeng<sup>e</sup>, S. Rubant<sup>e</sup>, J. Valdés<sup>e</sup> y C. Leonardif

<sup>a</sup>K. Papp Clinical Research and Probit Medical Research. Waterloo. ON. Canadá. <sup>b</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. NY. Estados Unidos. <sup>c</sup>Jichi Medical University. Shimotsuke. Japón. <sup>d</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. <sup>e</sup>AbbVie Inc. North Chicago. IL. Estados Unidos. <sup>f</sup>Central Dermatology. Richmond Heights. Missouri. Estados Unidos.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de risankizumab (RZB) en pacientes con psoriasis en placa moderada/grave.

**Material.** Pacientes  $\geq 18$  años con psoriasis en placa de moderada/grave que completaron los estudios de fase 3 UltiMMA-1 y -2, e IMMvent (tratados con 150 mg de RZB durante 52 semanas) fueron incluidos en el estudio de extensión para RZB LIMMittless (NCT03047395) en los que les administraron 150 mg de RZB de forma continua cada 12 semanas. La eficacia de RZB se evaluó a las 52 y 64 semanas de tratamiento, combinando los datos de los estudios base y del estudio de extensión; los datos preliminares de eficacia se evaluaron mediante la reducción del índice de gravedad del área con psoriasis de al menos un 90% (PASI 90) y la puntuación de la evaluación global estática del médico de aclaramiento (SPGA 0/1). Se evaluó también la seguridad durante las 64 semanas de tratamiento con RZB.

**Resultados.** Un total de 782 pacientes completaron los estudios base y continuaron en la extensión abierta. Durante las 64 semanas de tratamiento con RZB, no hubo un aumento desproporcionado de los eventos adversos (EA) en comparación con las tasas de EA descritas en UltiMMA-1 y -2 en la semana 52 o IMMvent en la semana 44. Las tasas de EA graves que llevaron a la interrupción del estudio fueron bajas y se mantuvieron estables. No se informaron infecciones activas de tuberculosis o reacciones de hipersensibilidad graves.

**Conclusiones.** La eficacia del tratamiento con RZB se mantuvo a largo plazo y fue bien tolerado con una administración cada 12 semanas. En el Congreso se presentará el análisis actualizado de los datos de eficacia y seguridad del tratamiento continuo con RZB durante 2,5 años.

## 26. ¿ES ÚTIL EL CRIBADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON PSORIASIS? ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CARÁCTER TRANSVERSAL

J.L. Agudo Mena<sup>a</sup>, A. López Mateos<sup>b</sup>, G. Ochando Ibernón<sup>b</sup>, M.E. Gómez Sánchez<sup>a</sup>, M. Rodríguez Vázquez<sup>b</sup> y E. Escario Travesedo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital General de Villarrobledo. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

**Introducción.** Desde hace años se está prestando especial atención a la relación de la psoriasis con otras enfermedades psiquiátricas, entre ellas la ansiedad y la depresión. Aunque la psoriasis es una enfermedad que rara vez compromete la vida, sí es cierto que puede asociarse con una elevada morbilidad y disminución en la calidad de vida, ocasionando un gran impacto económico en el sistema sanitario.

**Objetivo.** Determinar la utilidad del cribado mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) en pacientes con psoriasis no diagnosticados de ansiedad y/o depresión.

**Método.** Estudio observacional, de carácter transversal, realizado sobre una muestra aleatorizada de pacientes (n = 211), mayores de 18 años, diagnosticados de psoriasis en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete entre los años 2012 y 2017. La recogida de los datos se realizó entre septiembre de 2017 y agosto del 2019. Para la realización del cribado de ansiedad y/o depresión se utilizó la EADG, considerándose positiva una puntuación  $\geq 4$  en la subescala de ansiedad y/o  $\geq 2$  en la subescala de depresión, en los últimos 15 días. La escala se realizó sobre los pacientes sin diagnóstico previo de ansiedad/depresión.

**Resultados y conclusiones.** Es un hecho contrastado en la literatura que los pacientes con psoriasis frecuentemente presentan ansiedad o depresión. Aportaremos con nuestra comunicación los datos que apoyan que dicho cribado es una herramienta muy útil en consulta ( $> 50\%$  de los pacientes con una puntuación positiva en la EADG), siempre que se realice de una forma adecuada y en determinados subgrupos; analizando a su vez su relación con la edad, sexo, gravedad, calidad de vida y tipo de tratamiento.

## 27. IMPACTO DE LOS SUCESOS VITALES ESTRESANTES EN LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

P. Bernabeu Juan<sup>a</sup>, N. Canales Marco<sup>b</sup>, L. García Fernández<sup>c</sup> y J. Miralles Botella<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Psicología de la Salud. Hospital Clínico Universitario de San Juan.

<sup>b</sup>Psicóloga. Universidad Miguel Hernández de Elche. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de San Juan. España.

**Introducción.** Numerosos estudios de la literatura médica evidencian una relación entre el estrés psicológico y la enfermedad psoriásica. El objetivo de nuestro estudio es establecer si existe una asociación entre la psoriasis y los sucesos vitales estresantes como desencadenante inicial de la enfermedad.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal en pacientes diagnosticados de psoriasis en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico Universitario de San Juan (Alicante). A los pacientes se les realizó una valoración psicológica a través de una entrevista semiestructurada que incluía el test de Holmes y Rae de Sucesos Vitales Estresantes.

**Resultados.** Se incluyeron 47 pacientes (36% hombres) con una edad media de 51,2 años (rango 18-86). El 50% estaban casados, el 76,6% tenía estudios medios o superiores y el 53,2% una situación laboral activa. Un 74,5% de los pacientes identificó algún suceso vital estresante que acababa de suceder en su vida como desencadenante del primer brote de psoriasis (12 por suceso estresante laboral, 19 por muerte de un familiar, 10 por conflictos graves, 2 por diagnóstico enfermedad grave y 4, otros). Un 40,4% de los pacientes puntuó en el test de SVE entre 150-300, lo que implica una probabilidad del 50% de enfermar por estrés, mientras que, un 48,9% puntuó más de 300, lo que aumenta esta probabilidad al 80%.

**Conclusión.** En personas susceptibles que han sufrido algún tipo de estresor, percibido por ellos como altamente estresante (SVE), este podría favorecer la aparición de un primer brote de psoriasis.

## 28. GUSELKUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS EN PLACAS GRAVE, CON PÉRDIDA DE RESPUESTA A SECUKINUMAB

M. Bandini, S. Medina Montalvo, I. Polo Rodríguez, A. Rodríguez-Villa Lario, D. Vega Díez, A.B. Piteiro Bermejo y L. Trasobares Marugán

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. España.

**Caso clínico.** Varón de 65 años, hipertenso y dislipidémico, con psoriasis en placas moderada-grave de larga evolución, en tratamiento desde hacía 2 años con secukinumab, con gran mejoría de las lesiones, hasta interrupción del mismo durante un viaje con empeoramiento clínico importante y mantenido a pesar de la reintroducción e intensificación del tratamiento. El PASI en ese momento era de 43,20 con BSA del 53,2% y DLQI 25. Ante la afectación clínica y la repercusión en la calidad de vida del paciente, se decidió cambiar el tratamiento, iniciando guselkumab 100 mg subcutáneo según pauta de inducción en semana 0 y 4, con dosis de mantenimiento cada 8 semanas.

**Resultados.** En la revisión posterior a la inducción, el paciente presentaba una gran mejoría clínica, persistiendo únicamente lesiones de aspecto residual. PASI 1,3 y DLQI 0.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de psoriasis moderada-grave con pérdida de respuesta a secukinumab y espectacular mejoría de la clínica y calidad de vida tras la inducción con pauta estándar de guselkumab. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal humanizado antiinterleucina 23, con una elevada eficacia en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave. Ha demostrado en varios estudios su superioridad a largo-medio plazo frente a secukinumab (ECLIPSE), adalimumab (VOYAGE) y ustekinumab (NAVIGATE). Representa una alternativa terapéutica a otros biológicos en segunda línea de tratamiento, tras respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a otras terapias.

## 29. PSORIASIS PALMOPLANTAR REFRACTARIA CON RESPUESTA A CERTOLIZUMAB PEGOL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

H. Cembrero Saralegui, M. Hospital Gil, M. Sigüenza Sanz, C. Martínez-Mera, L. Turrión Merino, R. Cabeza Martínez, E. López-Negrete Arenal, I. Salguero Fernández, F. Alfageme Roldán, M. Elosua González, M.A. González de Domingo y G. Roustán Gullón

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid (HUPHM). España.*

Presentamos un caso de psoriasis de predominio palmoplantar acompañada de artropatía psoriásica y síndrome metabólico. Se trata de una mujer de 57 años en seguimiento por Reumatología y Dermatología tratada durante años y de forma progresiva con sistémicos clásicos, anti-TNF y anti-IL17, con respuesta parcial articular y cutánea con importante componente de limitación funcional. Tras inicio de certolizumab pegol en pauta estándar la paciente presentó mejoría progresiva articular y cutánea, manteniendo respuesta a los 6 meses de tratamiento. Certolizumab pegol es una opción a tener en cuenta en este tipo de pacientes incluso con fracaso a otros anti-TNF previos, sabiendo que es una forma de psoriasis muy refractaria y limitante.

## 30. USTEKINUMAB 90: UTILIDAD EN PRÁCTICA REAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO DE 141 PACIENTES

M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, A. Reymundo<sup>a</sup>, O. Beniandrés<sup>b</sup>, R. Rivera<sup>c</sup>, M. Hospital<sup>d</sup>, E. García-Zamora<sup>e</sup>, Á. González-Cantero<sup>f</sup>, J.-J. Andrés Lencina<sup>g</sup>, P. de la Cueva<sup>h</sup> y E. Daudén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. <sup>b</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón. <sup>c</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre.

<sup>d</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. <sup>e</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>f</sup>Complejo Universitario Toledo. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal humano anti-p40 aprobado en 2009 pero en el que un cambio en la política de precio ha hecho más disponible la dosis de 90 mg.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia de ustekinumab 90 en pacientes que usan esa dosis por ficha técnica o por otros motivos y estudiar las razones de su uso. Objetivos secundarios, comprobar el efecto del índice de masa corporal y otros factores en su eficacia.

**Método.** Estudio observacional, retrospectivo, de 141 pacientes en 6 hospitales.

**Resultados.** El 91% de pacientes usando dosis de 90 mg había iniciado el fármaco a dosis de 45 mg y aumentó dosis por aumento de peso, para mejorar un Chron, para mejorar la respuesta cutánea (52,9%) o para mejorar la respuesta articular (2,8%). También se

empleó la dosis de 90 mg en tres pacientes por fracaso previo de un anti-L17. Por último, otro motivo de aumento de dosis fue el optimizar la minoración del fármaco para mejorar su eficiencia (3,6%). No se encontraron diferencias de respuesta en pacientes con distinto IMC o en pacientes previamente tratados con otros fármacos biológicos respecto a los naive a ustekinumab. No se encontraron efectos adversos relevantes. **Conclusión.** Ustekinumab 90 muestra una eficacia similar, e incluso mayor a la de registros como el bio-CAPTURE en nuestra serie. Además, en pacientes con mayores IMC puede ser una buena alternativa terapéutica que aumente la eficiencia del fármaco

## 31. TILDRAKIZUMAB RESPECTO A GUSELKUMAB: COMPARACIÓN INDIRECTA MEDIANTE EL MÉTODO DE BUCHER

E. Hernández<sup>a</sup>, K.G. Du Jardin<sup>b</sup>, P. Hurtado López<sup>a</sup>, M. Lange<sup>b</sup>, R. McCool<sup>c</sup>, S. Maeso Naval<sup>a</sup> y S. Quickert<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Almirall S.A. Barcelona. España. <sup>b</sup>Almirall Nordic. Copenhagen. Dinamarca. <sup>c</sup>York Health Economics Consortium Ltd. York. Reino Unido. <sup>d</sup>Quantics. Edinburgo. Reino Unido.

**Objetivo.** El objetivo del estudio fue comparar la eficacia de los inhibidores de IL-23p19 tildrakizumab y guselkumab, indicados para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave. Se notifican los resultados de una comparación indirecta entre tildrakizumab 100 mg (administrado en las semanas 0 y 4, y posteriormente cada 12 semanas, según la posología indicada en la ficha técnica aprobada) y guselkumab 100 mg.

**Material.** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura y una comparativa indirecta entre tildrakizumab y guselkumab mediante el método de Bucher, usando placebo como comparador común. Se evaluaron los resultados entre las semanas 12-16 y 24-48. La búsqueda bibliográfica identificó 154 resultados únicos. Cinco estudios cumplieron los criterios de selección y se incluyeron en el análisis; dos de tildrakizumab (reSURFACE 1 y reSURFACE 2) y tres de guselkumab (VOYAGE 1, VOYAGE 2, y Ohtsuki et al.). El análisis se basó en la población por intención de tratar. Para todas las variables, el número de eventos notificados se analizó en proporción al número de pacientes aleatorizados, para asegurar la coherencia entre estudios. Las variables evaluadas fueron: gravedad de la psoriasis según el índice de actividad y gravedad de la psoriasis (PASI) 75 y PASI 90, frecuencia de acontecimientos adversos graves (SAE) e interrupciones del tratamiento.

**Resultados.** No hubo diferencias estadísticamente significativas entre guselkumab y tildrakizumab en términos de PASI 75, PASI 90, SAE y tasa de interrupciones durante las semanas 12-16 o 24-28.

**Conclusiones.** Esta comparativa indirecta no proporcionó evidencias de superioridad de un tratamiento respecto al otro.

## 32. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB A LARGO PLAZO EN LA PSORIASIS EN PLACAS: RESULTADOS TRAS 4 AÑOS DEL ENSAYO RESURFACE 1

J.M. Carrascosa<sup>a</sup>, J. Crowley<sup>b</sup>, N. Korman<sup>c</sup>, L. Spelman<sup>d,e</sup>, A. Igarashi<sup>f</sup>, M. Ohtsuki<sup>g</sup>, A. Gupta<sup>h</sup>, A.M. Mendelsohn<sup>i</sup>, S.J. Rozzo<sup>j</sup> y S. Guenther<sup>k</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. España. <sup>b</sup>Bakersfield Dermatology. Bakersfield. CA. EE. UU. <sup>c</sup>Case Western Reserve University y University Hospital Cleveland Center. Cleveland. OH. EE. UU. <sup>d</sup>Veracity Clinical Research. Woolloongabba. Brisbane. QLD. Australia. <sup>e</sup>Probit Medical Research. Waterloo. ON. Canadá. <sup>f</sup>NTT Medical Center Tokyo. Tokyo. Japón. <sup>g</sup>Servicio de Dermatología. Jichi Medical University Hospital. Tochigi. Japón. <sup>h</sup>División de Dermatología.



*Departamento de Medicina. University of Toronto School of Medicine. Toronto. Canadá y Mediprobe Research Inc. London. Canadá. Sun Pharmaceutical Industries. Inc., Princeton. NJ. EE. UU. The Indiana Clinical Trials Center. PC. Plainfield. IN. EE. UU.*

**Objetivo.** Presentar datos preliminares de eficacia y seguridad a 4 años del estudio original reSURFACE 1 y su periodo de extensión.

**Materiales.** El estudio original, de 3 partes, doble ciego, aleatorizado y controlado evaluó tildrakizumab (TIL) 100 mg y 200 mg en pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave. Al final del estudio original (semana 64), los pacientes con PASI 50 ( $\geq 50\%$  de mejora en el índice de actividad y gravedad de la psoriasis) pudieron entrar en la extensión y continuar recibiendo la misma dosis de TIL cada 12 semanas. El presente análisis notifica, para los pacientes participantes en la extensión, la respuesta en términos de PASI y de PGA (puntuación 0-1 con reducción de  $\geq 2$  grados en la evaluación global efectuada por el médico), y las tasas de acontecimientos adversos (AA) preespecificados. No se imputaron datos ausentes.

**Resultados.** De los 638 pacientes que completaron el estudio original, 525 entraron en la extensión (2.210,8 años-paciente [AP] de seguimiento). En la semana 64 (N = 239), 209 (87%)/128 (54%)/73 (31%) pacientes tratados con TIL 100 mg alcanzaron respuestas PASI 75/90/100, respectivamente; en la semana 208 (semana 144 de la extensión; N = 178) las alcanzaron 146 (82%)/99 (56%)/49 (28%) pacientes. De los pacientes que recibieron TIL 200 mg, en la semana 64 (N = 267), 218 (82%)/140 (52%)/72 (27%) alcanzaron respuestas PASI 75/90/100; y en la semana 208 (N = 226), las alcanzaron 185 (82%)/124 (55%)/61 (27%) pacientes. La proporción de pacientes (TIL 100/200 mg) con respuesta PGA fue 65/63% en la semana 64 y 58/60% en la semana 208. De la semana 64 a la 208, se retiraron del estudio 113 (22%) pacientes (TIL 100 o 200 mg). Los motivos más frecuentes fueron decisión del paciente (8%), AA (5%) y pérdida al seguimiento (4%). Las tasas de AA por 100 AP durante el estudio original y la extensión en los pacientes que recibieron 100 mg (1.410,4 AP)/200 mg (1.606,5 AP) fueron 0,9/1,1 para infecciones graves, 0,5/0,6 para principales AA cardíacos confirmados, 0,1/0,1 para muertes (aneurisma, carcinoma de vejiga con hemorragia intracraneal, y suicidio; n = 1 todas), y 0,1/0,1 para hipersensibilidad al fármaco.

**Conclusiones.** Durante 4 años de tratamiento con TIL 100 y 200 mg, las tasas de respuestas PASI y PGA fueron altas y duraderas, con tasas bajas de AA de interés.

### 33. PSORIASIS, SÍNDROME METABÓLICO (SM) Y SÍNDROME DE DÉFICIT DE TESTOSTERONA (SDT)

A. Rosino Sánchez y B. Pérez Suárez

*Servicios de Urología y Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.*

**Objetivo.** Valorar si la psoriasis, el SM y el SDT están relacionados. **Material.** Revisión de la literatura.

**Resultados.** Hay datos de que la psoriasis está asociada al SDT. También hay relación entre el SM y el SDT y por tanto, el tratamiento con testosterona mejora el perfil de SM en estos pacientes. Asimismo, se han encontrado datos de que dicho tratamiento sustitutivo con testosterona puede mejorar la respuesta a otras terapias de pacientes con psoriasis y SM.

**Conclusiones.** En nuestra opinión, hay evidencia en la literatura para afirmar que existe una asociación fisiopatológica entre psoriasis, SM y SDT y, probablemente, los pacientes obesos con psoriasis y SM tengan un perfil inflamatorio diferente de otros pacientes con psoriasis grave. El tratamiento con testosterona podría ayudar a este grupo de pacientes a cambiar la historia natural del SM y a mejorar la respuesta a terapias sistémicas para la psoriasis mediante una sinergia en mecanismos antiinflamatorios.

### 34. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL TRAS 4 AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Torres Navarro, J. Roca Ginés, J. Sánchez Arráez, C. Abril Pérez, C. Pujol Marco, R. Botella Estrada y A. Sahuquillo Torralba

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.*

**Objetivo.** Describir la efectividad y seguridad de secukinumab en la práctica clínica habitual tras 4 años de experiencia clínica en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia, España. Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido al menos una dosis de secukinumab, con indicación de psoriasis, durante el periodo comprendido entre enero 2015 y noviembre de 2019, con un seguimiento mínimo en práctica clínica habitual de 3 meses.

**Resultados.** Se mostrarán los resultados de efectividad mediante gráficas de respuesta PASI 75, 90 y 100, así como en función del PASI absoluto alcanzado y mantenido en el tiempo. El análisis de persistencia se mostrará mediante curvas de Kaplan-Meier. De forma secundaria se mostrarán las distribuciones de los pacientes según su sexo, edad, tiempo de inicio de la enfermedad, IMC y líneas de tratamientos previas. Las causas de discontinuación del tratamiento se dividirán en fallo primario, fallo secundario o efectos adversos.

### 35. GUSELKUMAB EN PACIENTE NAIVE CON PSORIASIS EN PLACAS RUPICÁCEAS GRAVE

A. Rodríguez-Villa Lario, A.B. Piteiro Bermejo, M. Bandini, I. Polo Rodríguez, D. Vega Díez, S. Medina Montalvo y L. Trasobares Marugán

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. España.*

Presentamos el caso de un varón de 35 años, con psoriasis en placas rupiácea grave sin tratamiento, con muy intensa afectación de la calidad de vida. Se inició tratamiento con espectacular respuesta a las 8 semanas del inicio, consiguiendo PASI 0. DLQI 0. Guselkumab puede ser una herramienta útil y rápida en pacientes con psoriasis en placas grave como primera línea de tratamiento.

### 36. EFICACIA DE LAS DIFERENTES TERAPIAS BIOLÓGICAS ANTI-INTERLEUCINA 17 EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

P.A. Cerro Muñoz, A. Sobrino Casorrán, M.T. Gracia Cazorro, A.M. Palma Ruiz, A. Navarro Bielsa, A. Morales Callaghan y E. Simal Gil

*Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.*

**Antecedentes.** La familia de la interleucina 17 presenta un papel central en la patogénesis de la psoriasis, por ello actualmente se están llevando a cabo investigaciones sobre terapias biológicas cuya diana terapéutica sea la IL.

**Objetivo.** Analizar la eficacia de las distintas terapias anti-IL 17 en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave. Comparar dicha eficacia respecto a los anti-TNF y los anti-IL 12/23. Determinar los efectos adversos de las terapias biológicas anti-IL 17.

**Material y métodos.** Se han analizado ensayos clínicos de pacientes con psoriasis en placas moderada-grave. Se incluyeron 27 estudios

(8 para ixekizumab, 6 para brodalumab y 13 para secukinumab). Se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: MEDLINE, Cochrane Library, TESEO y Science Direct. Adicionalmente se ha ampliado la búsqueda en el Registro Español de Ensayos Clínicos y en el [clinicaltrialsregister.eu](http://clinicaltrialsregister.eu).

**Resultados.** De los pacientes tratados con ixekizumab alcanzaron el PASI 75 en la semana 12 el 89,7%; brodalumab la alcanzó en el 86%; con secukinumab fue del 86,7%; los anti-TNF entre un 50-75 y los IL 12/23 en un 70%. Ixekizumab alcanzó la respuesta PASI 90 hasta en el 70,7% seguido de brodalumab 70% y secukinumab hasta 59,2%. Brodalumab alcanzó respuesta PASI 100 a las 12 semanas en el 44%. Los efectos adversos más comunes de anti-IL 17 fueron infecciones de tracto respiratorio superior, nasofaringitis, cefalea, náuseas, neutropenia y candidiasis.

**Conclusión.** Los anti-IL 17 son eficaces, y superiores a etanercept y ustekinumab en el tratamiento de psoriasis en placas moderada-grave. El anti-IL 17 más efectivo en alcanzar un PASI 75 y 90 fue ixekizumab. Brodalumab fue el que logró mayores tasas de respuesta PASI 100, presentando además una ligera superioridad en la rapidez de acción respecto a las otras anti-IL 17.

### 37. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB VERSUS IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA A SEVERA TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

G.G. Garriga-Martina, E. Herrera-Acosta, J.A. Suárez-Pérez, E.A. Martínez-García y E. Herrera-Ceballos

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

Estudio observacional retrospectivo monocéntrico. Objetivo principal del estudio fue comparar la eficacia y seguridad de ixekizumab y ustekinumab (35 y 28 pacientes respectivamente) en el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a severa tras un periodo de seguimiento de 52 semanas. Ixekizumab alcanzó en semana 52 mayores niveles de aclaramiento cutáneo, medidos mediante la respuesta PASI 90 y 100 (ixekizumab: 54,3% y 40% vs. ustekinumab: 42,9% y 25%, respectivamente). Respuesta de ixekizumab superior en la respuesta PASI 90 a 52 semanas para aquellos pacientes con IMC > 27 (sobrepeso leve), estadísticamente significativa ( $p = 0,024$ ). Respecto al análisis de supervivencia, se observó una superioridad de Ustekinumab, con tendencia hacia la significación estadística ( $p = 0,052$ ). Ambas terapias demostraron ser seguras, con un perfil de eventos adversos similar al descrito en la literatura científica.

### 38. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB VERSUS IXEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA A SEVERA TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

G.G. Garriga-Martina, E. Herrera-Acosta, J.A. Suárez-Pérez, E.A. Martínez-García y E. Herrera-Ceballos

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

Estudio observacional retrospectivo monocéntrico. Comparar la eficacia y seguridad de ambos fármacos (en un total de 95 pacientes) en psoriasis moderada-severa tras un periodo de seguimiento de 52 semanas. Se obtuvo una respuesta PASI 75, 90 y 100 a las 52 semanas para ixekizumab del 65,7; 54,3 y 40%; y para secukinumab del 64,4; 49,2 y 42,4% sin hallarse diferencias estadísticamente significativas. Secukinumab e ixekizumab han demostrado una elevada eficacia y seguridad tanto en pacientes bio-naïve como tras fallo a

tratamiento biológico, sin hallar diferencias estadísticamente significativas entre ambos.

### 39. POLIMORFISMOS ASOCIADOS A LA OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA BIOLÓGICA MEDIANTE LA REDUCCIÓN DE DOSIS EN LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE

E. Daudén<sup>a</sup>, M.C. Ovejero-Benito<sup>b</sup>, E. Muñoz-Aceituno<sup>a</sup>, D. Sabador<sup>b</sup>, A. Reolid<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, R. Prieto-Pérez<sup>b</sup> y F. Abad-Santos<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa.*

<sup>b</sup>*Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid. España.*

**Introducción.** Diferentes estudios han propuesto el uso de dosis reducidas de fármacos biológicos para el tratamiento de la psoriasis de moderada a grave en la práctica clínica. Sin embargo, los marcadores genéticos que podrían predecir el éxito en la reducción de la dosis del fármaco biológico no se han analizado hasta ahora.

**Objetivo.** Detectar polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) que puedan predecir qué pacientes podrían ser objeto de una reducción de la dosis de fármacos biológicos con éxito.

**Pacientes y método.** Se estudiaron 173 polimorfismos en 120 pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave tratados con diferentes fármacos biológicos. Consideramos que la reducción de las dosis de medicamentos biológicos había tenido éxito si se mantenía al menos 6 meses.

**Resultados.** Los resultados del análisis multivariante mostraron una asociación entre los polimorfismos en los genes LMO4, IL28RA, CYLD, IL12B, TNFAIP3 y VEGFA y la reducción con éxito de la dosis para fármacos biológicos en general. Además, encontramos una asociación entre la reducción con éxito de la dosis con adalimumab y los polimorfismos en IL28RA, SDC4, TLR10, TRAF3IP2 y MICA-A9 ( $N = 61$ ). Asimismo, observamos una correlación entre la reducción con éxito de la dosis con ustekinumab y los polimorfismos en LMO4, NLRP3 y LELP1 ( $N = 55$ ).

**Conclusión.** Se trata del primer estudio en la búsqueda de biomarcadores genéticos asociados con una optimización de la terapia biológica en el tratamiento de la psoriasis. Sin embargo, estos biomarcadores deben validarse en estudios que involucren a una cohorte más grande de pacientes antes de su implementación en la práctica clínica.

### 40. LA ACCIÓN SOBRE EL TRANSPORTADOR DE AMINOÁCIDOS DE TIPO L-1 EN LAS CÉLULAS T INNATAS Y ADAPTATIVAS PERMITE CONTROLAR EFICAZMENTE LA INFLAMACIÓN EN LA PSORIASIS ¿OPCIÓN TERAPÉUTICA POTENCIAL?

E. Daudén<sup>a</sup>, D. Cibrian<sup>b,c,d</sup>, R. Castillo-González<sup>b,c</sup>, N. Fernández-Gallego<sup>b,c</sup>, H. de la Fuente<sup>b,c,d</sup>, I. Jorge<sup>c,d</sup>, M.L. Saiz<sup>b,c</sup>, C. Punzón<sup>e</sup>, M. Ramírez-Huesca<sup>f</sup>, M. Vicente-Manzanares<sup>f</sup>, M. Fresno<sup>e</sup>, M. Llamas<sup>a</sup>, J. Fraga<sup>g</sup>, J. Vázquez<sup>c,d</sup>, J. Aragonés<sup>d</sup> y F. Sánchez-Madrid<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Inmunología. Hospital U.*

*de la Princesa. Madrid. <sup>c</sup>Centro Nacional de Investigaciones*

*Cardiovasculares (CNIC). Madrid. <sup>d</sup>CIBER de Enfermedades*

*Cardiovasculares. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. <sup>e</sup>Centro*

*de Biología Molecular Severo Ochoa (CSICUAM). Universidad*

*Autónoma de Madrid. Madrid. <sup>f</sup>Centro de Investigación del*

*Cáncer-Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer.*

*CICBMCC (CSIC-Universidad de Salamanca). <sup>g</sup>Servicio de Anatomía*

*Patológica. Hospital U. de la Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cutánea mediada principalmente por las citocinas IL-23, IL-1b e IL-17. Aunque se considera que la psoriasis es un trastorno hiperproliferativo

de la piel, se desconoce el posible papel de los transportadores de aminoácidos en su fisiopatología.

**Objetivo.** Investigar el papel del transportador de aminoácidos esenciales de tipo L (LAT) 1 (SLC7A5) en la psoriasis.

**Métodos.** Se emplearon muestras de sangre y piel de pacientes con psoriasis y controles sanos, así como ratones LAT1-floxados. Se realizaron modelos de inflamación de la piel inducida por imiquimod (IMQ) e IL-23. Se estudió el efecto sobre la inhibición de LAT1 y mTOR (rapamicina).

**Resultados.** Se observó un aumento en la expresión de LAT1 en los queratinocitos y linfocitos del infiltrado en las placas de psoriasis de humanos y ratones. Se comprobó cómo la supresión de LAT1 en los queratinocitos no repercutió en la respuesta inflamatoria o su proliferación, que pudo ser mantenida mediante una mayor expresión de los transportadores LAT2 y LAT3. La supresión específica de LAT1 en las células T gd y CD4 fue capaz de controlar la respuesta inflamatoria inducida por IMQ. La supresión o inhibición de LAT1 pudo bloquear la expansión de células T CD4 y células T gd<sup>+</sup> d4<sup>+</sup> secretoras de IL-17. Es más, la inhibición de LAT1 bloqueó la expansión de células T gd y la secreción de IL-17 por las células T CD4 humanas. La supresión o inhibición de LAT1 controló eficazmente la activación de fosfatidilinositol 3-quinasa / AKT / mTOR inducida por la IL-23 e IL-1b.

**Conclusión.** La acción sobre la entrada de aminoácidos a nivel intracelular mediada por LAT1 puede suponer una estrategia inmunosupresora potencial para controlar la inflamación en la psoriasis inducida por el eje IL-23/IL-1b/IL-17.

#### 41. ANÁLISIS DE PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CRÓNICA EN PLACAS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

E. Daudén<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>c</sup>, D. Vidal<sup>d</sup>, E. Vilarrasa<sup>e</sup>, R. Rivera<sup>f</sup>, P. de la Cueva<sup>g</sup>, A. Martorell<sup>h</sup>, F. Balleca<sup>i</sup>, I. Belinchón<sup>j</sup>, G. Carretero<sup>k</sup>, L. Rodríguez<sup>l</sup>, A. Romero<sup>m</sup>, J. Pujol<sup>n</sup>, L. Salgado<sup>o</sup>, A. Sahuquillo<sup>p</sup>, P. Coto<sup>q</sup>, O. Baniandrés<sup>r</sup>, R. Feltes<sup>s</sup>, M. Alsina<sup>t</sup> y M. Llamas<sup>u</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>d</sup>Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>h</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>i</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital General Universitario. Alicante. <sup>k</sup>Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>l</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>m</sup>Hospital de Fuenlabrada. Madrid. <sup>n</sup>Hospital Universitari "Joan XXIII". Tarragona. Complejo Hospitalario Universitario. Pontevedra. <sup>o</sup>Hospital Universitario la Fe. Valencia. <sup>p</sup>Hospital Vital Álvarez-Buylla de Mieres. Asturias. <sup>q</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>r</sup>Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>s</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

**Introducción.** Secukinumab ha demostrado su alta eficacia y buen perfil de seguridad en el tratamiento de la psoriasis a través de numerosos ensayos clínicos. Sin embargo, la información referida a su persistencia en práctica clínica es limitada.

**Objetivo.** Estudiar la persistencia de secukinumab en el tratamiento de la psoriasis en el mundo real.

**Pacientes y método.** Estudio multicéntrico nacional, observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con psoriasis crónica en placas tratados con secukinumab con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se subdividen los pacientes en aquellos con PASI basal < 10 y ≥ 10. Se analiza la persistencia (tiempo desde el inicio del tratamiento hasta su suspensión) mediante el método de Kaplan-Meier.

**Resultados.** Se incluyen 384 pacientes (241 mujeres y 143 hombre). Edad media 47,6 años. El 30% tenía una artritis psoriásica asociada. Media (DT) de PASI basal: 14,3 (8,4). Doscientos setenta y ocho tenían un PASI basal ≥ 10 y 106 < 10. La exposición total acumulada entre los pacientes que forman la muestra es de 347,3 pacientes/año. La supervivencia total de SEK (S-SEK) fue del 93% al 6º mes, del 78% al 12º mes, del 55% al 18º mes y del 29% al 24º mes, si bien en el 51,8% de los pacientes no se había alcanzado el periodo de seguimiento de 24 meses al cierre del estudio o se había producido una pérdida de seguimiento. En el 14,6% (56 pacientes) se interrumpió el tratamiento por pérdida de eficacia, en el 3,4% (13 pacientes) se detuvo por efectos adversos y en el 1,6% (6 pacientes) se interrumpió por deseo del paciente. La mediana de supervivencia estimada para el tratamiento es 27,7 meses (IC95%: 24,4-31 meses). La tasa de S-SEK a los 6, 12 y 18 meses fueron similares en los pacientes con PASI basal ≥ 10 y PASI basal < 10: 93,4; 81,1% y 56,6%, mientras que en el mes 24 la tasa de S-SEK fue mayor en el grupo con PASI basal ≥ 10 (32%). La obesidad IMC ≥ 30 (p = 0,004) y la utilización de alguna terapia biológica previa (p = 0,017) se asociaron a una menor S-SEK, con HR (IC95%) de 2,062 (1,268-3,353) y 2,058 (1,141-3,713), respectivamente. El resto de variables evaluadas (sexo, edad, tiempo de evolución de la psoriasis) no se asociaron significativamente a S-SEK.

**Conclusión.** Secukinumab es un fármaco con una persistencia aceptable en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en práctica clínica. La obesidad y el uso de terapias biológicas previas se asocia a una menor persistencia.

#### 42. GUSELKUMAB: ESPECTACULAR RESPUESTA EN UN CASO DESESPERADO

A. Pérez Gil<sup>a</sup>, R. Hernández Sánchez<sup>b</sup>, Á. Navarro Gilbert<sup>a</sup>, A. Crespo Cruz<sup>a</sup> y J. Escudero Ordóñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de base genética, mediada inmunológicamente. En la actualidad existen numerosos tratamientos biológicos para su abordaje terapéutico. Presentamos un caso de psoriasis grave asociado a artritis psoriásica refractaria con excelente respuesta a guselkumab. El estudio de la etiopatogenia de la psoriasis ha permitido el desarrollo de múltiples terapias dirigidas, dando paso a una etapa en la que es alcanzable un aclaramiento total o casi total de los pacientes. Guselkumab, por su parte, un anticuerpo monoclonal humano frente a la subunidad p19 de la IL23, ofrece un excelente perfil de seguridad y unos resultados prometedores a nivel cutáneo y articular, como en el caso de nuestra paciente.

#### 43. ETERNA VIGILANCIA ES EL PRECIO DE LA LIBERTAD (THOMAS JEFFERSON)

S. Armesto, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, M. Drake, M. Marcellan, A. Quintana, B. Castro, C. Duran, C. López Obregón, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez, M.A. González, M.A. González Gay

Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Presentamos 9 pacientes con psoriasis moderada que retiraron la medicación de forma unilateral al encontrarse con un PASI 0 y sin problemas de tolerancia. Aunque la decisión de retirar la medicación fue propia siguieron acudiendo a las revisiones pautadas. Ninguno de ellos ha mostrado recaída en un plazo de tiempo comprendido entre 3 y 15 meses. Probablemente el perfil de paciente moderado favorezca este resultado al ser psoriasis con una

carga inflamatoria inferior, de forma que apremilast puede frenar el proceso inmunológico en sus inicios. Esta idea discutida con MB a día de hoy queda de momento apoyada por estos 9 pacientes. Posiblemente apremilast pueda ser utilizado a demanda en el paciente moderado y estable.

#### 44. CONSISTENT RESPONSES TO GUSELKUMAB BY GEOGRAPHIC REGION AT WEEK 48 IN THE TREATMENT OF MODERATE TO SEVERE PSORIASIS: RESULTS FROM THE ECLIPSE TRIAL

K. Reich<sup>a</sup>, A. Armstrong<sup>b</sup>, R. Langley<sup>c</sup>, P. Foley<sup>d</sup>, M.A. Radtke<sup>e</sup>, L. Kóvágóf<sup>f</sup>, S. Flavin<sup>g</sup>, M.-C. Hsu<sup>h</sup>, B. Randazzo<sup>h</sup>, I. Alarcón<sup>h</sup> y A. Blauvelt<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, and Skin Inflammation® Center, Hamburg, Alemania. <sup>b</sup>University of Southern California, Los Angeles, CA, Estados Unidos. <sup>c</sup>Dalhousie University, Halifax, NS, Canadá. <sup>d</sup>Skin & Cancer Foundation, Inc, Melbourne, Victoria, Australia. <sup>e</sup>Dermatologikum Hamburg, Dermatologic Practice, Hamburg, Alemania. <sup>f</sup>Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely, Hungría. <sup>g</sup>Janssen Research & Development, LLC, Spring House, PA, Estados Unidos. <sup>h</sup>Medical Affairs Department, Janssen-Cilag, España. <sup>i</sup>Oregon Medical Research Center, Portland, OR, Estados Unidos.

**Introduction and objectives.** ECLIPSE was a global, Phase 3, multicenter, double-blind, active-comparator-controlled trial that compared the efficacy and safety of guselkumab, an anti-interleukin-23 monoclonal antibody, and secukinumab, an anti-interleukin-17A monoclonal antibody, through 1 year of treatment of patients with moderate to severe plaque-type psoriasis. Guselkumab demonstrated superiority versus secukinumab at the primary endpoint of Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response at Week 48. In this subanalysis, Week 48 PASI 90 responses were evaluated by geographic region.

**Materials and methods.** Adults from North America (United States, Canada; n = 391), Eastern Europe (Czech Republic, Hungary, Poland; n = 338), Western Europe (France, Alemania, Spain; n = 248), and Australia (n=71) were randomized to receive guselkumab 100 mg subcutaneously (SC) at Weeks 0, 4, 12, then every 8 weeks (n = 534), or secukinumab 300 mg SC at Weeks 0, 1, 2, 3, 4, then every 4 weeks (n = 514), both through Week 44. Missing data were imputed as non-response.

**Results.** As previously reported for the overall study population, guselkumab demonstrated a superior PASI 90 response at Week 48 versus secukinumab (guselkumab 84.5% vs secukinumab 70.0% of patients [p < 0.001]). Subgroup analyses by geographic region showed numerically higher PASI 90 response rates at Week 48 among guselkumab-treated patients versus secukinumab-treated patients in all regions: North America (guselkumab 78.9% vs secukinumab 60.4%); Eastern Europe (guselkumab 90.6% vs secukinumab 76.0%); Western Europe (guselkumab 82.9% vs secukinumab 74.8%); and Australia (guselkumab 91.4% vs secukinumab 77.8%).

**Conclusions.** Regardless of geographic region, PASI 90 response rates at Week 48 were numerically higher with guselkumab treatment than with secukinumab treatment in patients with moderate to severe psoriasis.

#### 45. GUSELKUMAB DEMONSTRATES GREATER EFFICACY COMPARED TO SECUKINUMAB ACROSS BODY WEIGHT QUANTILES AND BODY MASS INDEX CATEGORIES: WEEK 48 RESULTS FROM THE ECLIPSE TRIAL

A. Armstrong<sup>a</sup>, A. Blauvelt<sup>b</sup>, S. Flavin<sup>c</sup>, M.-C. Hsu<sup>c</sup>, B. Randazzo<sup>d</sup>, I. Alarcón<sup>e</sup>, K. Reich<sup>f</sup> y R.G. Langley<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, CA, Estados Unidos. <sup>b</sup>Oregon Medical Research Center, Portland, OR, Estados Unidos. <sup>c</sup>Janssen Research & Development, LLC, Spring House, PA, Estados Unidos. <sup>d</sup>Janssen Research & Development, LLC, Spring House, PA/University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, Estados Unidos. <sup>e</sup>Medical Affairs Department, Janssen-Cilag, España. <sup>f</sup>Dermatologikum Berlin and SCLderm Research Institute, Hamburg, Alemania. <sup>g</sup>Dalhousie University, Halifax, NS, Canadá.

**Introduction and objectives.** Psoriasis is a chronic disease requiring long-term treatment. ECLIPSE is a Phase 3, randomized, controlled trial comparing the efficacy of guselkumab versus secukinumab over 48 weeks for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis. Guselkumab demonstrated superiority versus secukinumab for the primary endpoint of the proportion of patients achieving a Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response at Week 48. This analysis evaluated efficacy by baseline body weight quartiles and body mass index (BMI) categories.

**Materials and methods.** Patients were randomized to receive guselkumab 100 mg at Weeks 0, 4, and 12, then every 8 weeks (n = 534), or secukinumab 300 mg at Weeks 0, 1, 2, 3, and 4, then every 4 weeks (n = 514), both through Week 44. There were no body weight restrictions for enrollment in the study. Efficacy endpoints included proportions of patients achieving a PASI 90 response, a PASI 100 response, and Investigator's Global Assessment (IGA) score of 0 (cleared), and an IGA score of 0/1 (cleared/minimal) at Week 48. Data were analyzed by baseline body weight quartile (Q1, ≤ 74 kg; Q2, > 74 to ≤ 87 kg; Q3, > 87 to ≤ 100 kg; Q4, > 100 kg) and BMI category (normal, < 25 kg/m<sup>2</sup>; overweight, ≥ 25 to < 30 kg/m<sup>2</sup>; obese, ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). All endpoints by weight quartiles and IGA 0/1 by BMI category were post hoc analyses. Missing data were imputed as non-response.

**Results.** Numerically higher proportions of patients achieved PASI 90, PASI 100, IGA 0, and IGA 0/1 responses at Week 48 with guselkumab versus secukinumab across all baseline body weight quartiles. Proportions of patients achieving key efficacy endpoints at Week 48 in the guselkumab and secukinumab groups, respectively (treatment difference [95% CI]) by baseline BMI categories were as follows: PASI 90: normal weight, 88.1% vs 75.2% (12.8% [2.2%, 23.5%]); overweight, 84.1% vs 73.4% (10.6% [1.6%, 19.7%]); obese, 82.5% vs 65.3% (17.2% [8.8%, 25.6%]); PASI 100: normal weight, 64.2% vs 57.8% (6.4% [-6.8%, 19.5%]); overweight, 61.4% vs 53.7% (7.7% [-3.2%, 18.5%]); obese, 52.5% vs 40.4% (12% [2.4%, 21.6%]); IGA 0: normal weight, 68.7% vs 60.6% (8.1% [-4.8%, 21.0%]); overweight, 64.2% vs 54.2% (10% [-0.8%, 20.7%]); obese, 57.0% vs 43.1% (13.8% [4.2%, 23.5%]); IGA 0/1: normal weight, 85.8% vs 77.1% (8.8% [-1.9%, 19.4%]); overweight, 86.9% vs 81.9% (5.0% [-3.1%, 13.1%]); obese, 83.0% vs 63.9% (13.6% [5.4%, 21.9%]).

**Conclusions.** Across baseline body weight quartiles and BMI categories, efficacy outcome response rates at Week 48 were consistently numerically greater for guselkumab compared to secukinumab in the treatment of moderate to severe psoriasis.

#### 46. PHARMACOKINETICS AND IMMUNOGENICITY OF GUSELKUMAB THROUGH UP TO 3 YEARS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE PLAQUE PSORIASIS

Y. Zhu<sup>a</sup>, C.E.M. Griffiths<sup>b</sup>, J.C. Marini<sup>a</sup>, Y.-K. Shen<sup>a</sup>, M. Song<sup>a</sup>, I. Alarcón<sup>c</sup> y K.B. Gordon<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Janssen Research & Development, LLC, Spring House, PA, Estados Unidos. <sup>b</sup>Dermatology Centre, Salford Royal Hospital, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, Reino Unido. <sup>c</sup>Medical Affairs Department, Janssen-Cilag, España. <sup>d</sup>Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, Estados Unidos.

**Objectives.** To assess development of anti-drug antibodies (ADA) to guselkumab (GUS), and potential association with pharmacokinetics (PK), efficacy, and injection-site reactions (ISRs) in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis (PSO).

**Methods.** VOYAGE-1 and 2 were two pivotal Phase 3 studies comparing GUS vs placebo (PBO) and adalimumab in moderate-to-severe PsO. Patients were randomized to receive subcutaneous injections of GUS 100mg (wks0 and 4 then every 8wks; n = 825); PBO with crossover to GUS (PBO→GUS; n = 422); or adalimumab with crossover to GUS (n = 582). The VOYAGE 1 and 2 study designs were identical through wk24, but then diverged through wk76. After wk76, all subjects in both studies received open label GUS treatment through wk156. Serum samples were collected at selected timepoints up to wk156 (Year-3). ADA were detected using a validated sensitive and drug-tolerant electrochemiluminescence (ECLIA) method. Serum GUS concentrations, Investigator Global Assessment (IGA) and Psoriasis Area and Severity Index (PASI) responses, and ISRs were evaluated.

**Results.** Of 1,713 patients who received GUS and had post-treatment serum samples evaluable for ADA, the overall incidence of ADA up to Year-3 was 9.3% (n = 159); the majority of ADA+ patients (73.6%) had titers  $\leq 1:160$ . Only 9/159 (5.7%) had antibodies that were able to neutralize the bioactivity of GUS in vitro. No apparent impact of ADA or titer-level of ADA on systemic-exposure was observed. Regardless of ADA status, trough serum GUS concentrations achieved steady-state at approximately 20wks after initiating treatment and remained stable over time through Year-3, with no observed accumulation or attenuation in GUS levels. Development of ADA was not associated with a reduction in efficacy; among patients randomized to GUS or PBO→GUS with available data, 88 (86.3%) of 102 ADA+ patients and 773 (82.3%) of 939 ADA- patients were IGA0/1 (cleared/minimal) responders at Year-3. Only 45 (1.8%) of 2,557 GUS injections in ADA+ patients and 86 (0.4%) of 24,402 GUS injections in ADA- patients were associated with ISRs; the limited number of patients who developed ADA and had ISRs precludes drawing definitive conclusions regarding any association.

**Conclusions.** Following subcutaneous administrations of GUS in patients with moderate-to-severe plaque PSO, the incidence of ADA was low through Year-3. Development of ADA to GUS was not associated with reductions in systemic exposure or efficacy. There was no clear association between ADA status and incidence of ISRs through Year-3.

#### 47. THREE-YEAR CLINICAL EFFICACY OF GUSELKUMAB AND IXEKIZUMAB IN MODERATE-TO-SEVERE PLAQUE PSORIASIS: A MATCHING-ADJUSTED INDIRECT COMPARISON

J. Diels<sup>a</sup>, P. Thilakarathne<sup>a</sup>, S. van Sanden<sup>a</sup>, F. Hassan<sup>b</sup>, A. Schubert<sup>c</sup>, I. Alarcón<sup>d</sup> y R. Villacorta<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Janssen Pharmaceutica NV. Beerse. Bélgica. <sup>b</sup>Janssen-Cilag Ltd. High Wycombe. Buckinghamshire. Reino Unido. <sup>c</sup>Janssen-Cilag. Warsaw. Polonia. <sup>d</sup>Medical Affairs Department. Janssen-Cilag. España. <sup>e</sup>Janssen Research & Development LLC. Horsham. PA. Estados Unidos.

**Introduction.** Given the lack of long-term, head-to-head efficacy comparisons between guselkumab and ixekizumab, the objective of this study was to compare PASI90 response rates between the two treatments over three years, using data from pivotal Phase 3 randomized control trials (RCTs) and adjusting for differences in study patient populations.

**Methods.** To identify published long-term data from RCTs in moderate-to-severe psoriasis for guselkumab and ixekizumab, a systematic literature review was performed up to January 2019 using EMBASE, MEDLINE, Cochrane Central, and ClinicalTrials.gov. An unanchored matching-adjusted indirect comparison (MAIC) was conducted using individual patient data (IPD) for guselkumab (156-week data from VOYAGE 1 and VOYAGE 2) and summary-level data for

ixekizumab (156-week data from UNCOVER-3). Matching was based upon propensity score weighting methods where guselkumab patients were re-weighted such that summary patient baseline characteristics matched those in the ixekizumab arm of UNCOVER-3. The primary outcome assessed was PASI90 response, in line with the primary outcome of the VOYAGE 1 and 2 trials, up to week 156 (three years). Modified non-responder imputation (mNRI) methodology was used as the primary approach for handling missing data resulting from patient discontinuations; non-responder imputation (NRI) and multiple imputation (MI) methods were used in sensitivity analyses. Odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated at timepoints which overlapped across the trials.

**Results.** At weeks 12 and 16, fewer patients in the guselkumab arm (58.8% at week 12 and 73.1% at week 16) achieved a PASI90 response versus the ixekizumab arm (69.3% at week 12 and 76.3% at week 16; week 12 OR 0.63, 95% CI 0.47;0.86, p = 0.003; week 16 OR 0.84, 95% CI 0.61;1.17 p = 0.3059). From week 20 to week 84, PASI90 response rates were similar between the guselkumab and ixekizumab arms. From week 108 onwards, PASI90 response rates were significantly higher for the guselkumab arm versus the ixekizumab arm, respectively: at week 108, 77.8% vs 69.3% (OR 1.55, 95% CI 1.12;2.16, p = 0.0091); at week 132, 77.3% vs 68.5% (OR 1.56, 95% CI 1.13;2.17, p = 0.0072); and at week 156, 77.3% vs 68.5% (OR 1.58, 95% CI 1.14;2.18, p = 0.0055). Results were consistent using the NRI and MI approaches.

**Conclusions.** Current MAIC analyses suggest higher short-term PASI90 response rates for ixekizumab, but higher long-term PASI90 response rates for guselkumab beyond two years of follow-up. These analyses further illustrate the importance of assessing responses to treatment over the long-term given the chronic nature of plaque psoriasis.

Funding: This study was funded and conducted by Janssen Inc.

#### 48. MAINTENANCE OF RESPONSE WITH UP TO 4 YEARS OF CONTINUOUS GUSELKUMAB TREATMENT: RESULTS FROM THE VOYAGE 1 PHASE 3 TRIAL

C.E.M. Griffiths<sup>a</sup>, K.A. Papp<sup>b</sup>, L. Puig<sup>c</sup>, M. Song<sup>d</sup>, M. Miller<sup>d</sup>, Y. You<sup>d</sup>, Y.-K. Shen<sup>e</sup>, C. Han<sup>d</sup>, I. Alarcón<sup>e</sup> y A. Blauvelt<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Dermatology Centre. University of Manchester. Manchester. Reino Unido. <sup>b</sup>K. Papp Clinical Research and Probitry Research Inc. Waterloo. Ontario. Canadá. <sup>c</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Autonomous University of Barcelona. Barcelona. España. <sup>d</sup>Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. Estados Unidos. <sup>e</sup>Medical Affairs Department. Janssen-Cilag. España. <sup>f</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. Estados Unidos.

**Objectives.** Guselkumab (GUS) is a fully human monoclonal antibody that binds and blocks interleukin (IL)-23 function. VOYAGE 1 is an ongoing, Phase 3, double-blinded, placebo- and active comparator-controlled study that evaluates the efficacy and safety of GUS in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. Here, efficacy results following up to 4 years of continuous GUS treatment are presented.

**Methods.** In VOYAGE 1 (n = 837), patients were randomized to GUS 100 mg at Wks 0, 4, and 12, then q8wk; placebo at Wks 0, 4, 12 followed by GUS 100 mg at Wks 16 and 20 then q8wk; or adalimumab 80 mg at Wk 0, 40 mg at Wk 1, then 40 mg q2wk through Wk 47. Starting at Wk 52, all patients continued open-label GUS treatment through Wk 204. Efficacy assessments included proportions of patients achieving Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90, PASI 100, Investigator Global Assessment (IGA) of 0/1, and IGA of 0. Patient-reported outcomes included proportions of patients achieving a Dermatology Life Quality Index (DLQI) score = 0 or 1 (no effect on patient's health-related quality of life) and Psoriasis Symptoms and Signs Diary (PSSD) summary scores = 0 (no symptoms or signs of psoriasis). Efficacy was analyzed using prespecified treatment failure

rules (TFR), nonresponder imputation (NRI), and As Observed (OBS) methodology. For TFR, patients who discontinued due to lack of efficacy, worsening of psoriasis, or use of a protocol-prohibited psoriasis treatment were considered nonresponders. For NRI, patients with missing efficacy data (regardless of the reason) after application of TFR were counted as nonresponders. For OBS, patient data from each visit were used; missing data were not imputed.

**Results.** PASI 90 responses were well-maintained with up to 4 years of continuous GUS treatment. At Wk 204, PASI 90 response rates were 82.2%, 68.4%, and 84.3%, respectively, based on TFR, NRI, and OBS analyses. Similarly, PASI 100, IGA 0/1, and IGA 0 responses were stably maintained from Wk 52 through Wk 204. Proportions of patients with PSSD summary scores = 0 and DLQI score = 0/1 were sustained from Wk 76 through Wk 204. No new safety signals were identified.

**Conclusions.** High efficacy response rates were maintained with up to 4 years of continuous GUS treatment in VOYAGE 1, regardless of the analysis method (TFR, NRI, OBS).

#### 49. EFFICACY OF GUSELKUMAB VERSUS SECUKINUMAB IN PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE PLAQUE PSORIASIS IN SUBGROUPS DEFINED BY PREVIOUS PSORIASIS MEDICATION HISTORY: RESULTS FROM THE ECLIPSE STUDY

A. Blauvelt<sup>a</sup>, R. Vender<sup>b</sup>, L. Spelman<sup>c</sup>, C. Paul<sup>d</sup>, K. Eyerich<sup>e</sup>, S. Flavin<sup>f</sup>, B. Randazzo<sup>g</sup>, S. Li<sup>h</sup>, I. Alarcón<sup>g</sup> y R.G. Langley<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. EE. UU.

<sup>b</sup>Dermatrix Research Inc. Hamilton. ON. Canadá. <sup>c</sup>Veracity Clinical Research. Brisbane. Queensland. Australia. <sup>d</sup>Toulouse University and CHU Hôpital Larrey. Toulouse. Francia.

<sup>e</sup>Department of Dermatology and Allergy. Technical University of Munich. Alemania. <sup>f</sup>Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. EE. UU. <sup>g</sup>Medical Affairs Department. Janssen- Cilag. España. <sup>h</sup>Dalhousie University. Halifax. NS. Canadá.

**Introduction/Objective.** Results from the Phase 3 ECLIPSE clinical study in moderate-to-severe plaque psoriasis (PsO) patients demonstrated superior efficacy of guselkumab (GUS) compared with secukinumab (SEC) for the primary endpoint of  $\geq 90\%$  improvement in Psoriasis Area and Severity Index (PASI 90) from baseline at week 48 (84.5% vs 70.0%;  $p < 0.001$ ; previously reported). The objective of this analysis was to evaluate the response of GUS vs SEC in subgroups of patients based on prior PsO medication history at baseline.

**Materials and methods.** Patients were randomized to receive GUS 100 mg at weeks 0, 4, 12, then every-8-weeks (q8w;  $n = 534$ ), or SEC 300 mg at weeks 0, 1, 2, 3, 4, then q4w ( $n = 514$ ), both through week 44. For this analysis, PASI 90, PASI 100, and Investigator's Global Assessment (IGA) at week 48 were evaluated for patient subgroups. Prior non-biologic systemic therapies included psoralen plus ultraviolet A, methotrexate, cyclosporine, acitretin, apremilast, or tofacitinib. Prior biologic therapies included tumor necrosis factor- $\alpha$  inhibitors (etanercept, infliximab, adalimumab), interleukin (IL)-12/IL-23 inhibitors (ustekinumab, briakinumab), IL-23 inhibitors (tildrakizumab, risankizumab), IL-17 inhibitors (ixekizumab, brodalumab), alefacept, or efalizumab. Patients who had previously received guselkumab or secukinumab were excluded from the study. 95% confidence intervals for differences in proportion of responses were based on Wald statistics with continuity correction.

**Results.** At baseline, prior PsO medication history was comparable between the GUS and SEC groups. Overall, 94.6% previously received topical therapy, 51.8% received phototherapy, 53.7% received systemic therapy, 29.1% received biologic therapy (most patients had previously received adalimumab, etanercept, and ustekinumab), and 37.1% were naïve to non-biologic systemics and biologics. Regardless of previous PsO medication history, numerically greater proportions of GUS vs. SEC patients achieved PASI 90

responses at week 48. Similar results were observed for PASI 100 and IGA 0 responses at week 48.

**Conclusions.** Consistent with overall results, treatment with GUS demonstrated numerically higher clinical responses at week 48 irrespective of previous PsO medication history.

#### 50. CONSISTENCY OF RESPONSE BY DISEASE SEVERITY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH MODERATE TO SEVERE PSORIASIS TREATED WITH GUSELKUMAB VS SECUKINUMAB: WEEK 48 RESULTS FROM ECLIPSE STUDY

R.G. Langley<sup>a</sup>, J. Weisman<sup>b</sup>, A. Martorell<sup>c</sup>, P. Fernández-Penas<sup>d</sup>, C.H. Hong<sup>e</sup>, S. Flavin<sup>f</sup>, M.C. Hsu<sup>f</sup>, B. Randazzo<sup>g</sup>, I. Alarcón<sup>g</sup> y A. Armstrong<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Dalhousie University. Halifax. Nova Scotia. Canadá. <sup>b</sup>Advanced Medical Research. Sandy Spring. GA. Estados Unidos. <sup>c</sup>Hospital de Manises. Valencia. España. <sup>d</sup>Westmead Hospital. Westmead. New South Wales. Australia. <sup>e</sup>Department of Dermatology and Skin Science. University of British Columbia and Probitry Medical Research. Surrey. British Columbia. Canadá. <sup>f</sup>Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. Estados Unidos. <sup>g</sup>Medical Affairs Department. Janssen- Cilag. España. <sup>h</sup>University of Southern California. Los Ángeles. CA. Estados Unidos.

**Introduction.** ECLIPSE is a Phase 3, multicenter, double-blind, active-comparator controlled trial, comparing guselkumab, an anti-interleukin-23 monoclonal antibody, vs secukinumab, an anti-interleukin-17 monoclonal antibody, in the long-term treatment of adult patients with moderate to severe plaque-type psoriasis. This analysis evaluated the consistency of response of guselkumab vs secukinumab in pre-defined subgroups of psoriasis patients by baseline disease severity.

**Methods.** Patients were randomized to receive guselkumab 100mg at Weeks 0, 4, 12, then every 8 weeks ( $n = 534$ ), or secukinumab 300mg at Weeks 0, 1, 2, 3, 4, then every 4 weeks ( $n = 514$ ), both through Week 44. Patients randomized to guselkumab also received placebo injections to match the number and frequency of secukinumab injections to maintain the blind. The proportions of patients at Week 48 achieving a Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response, PASI 100 response, and Investigator's Global Assessment (IGA) score of 0 (clear) were analyzed by categories of baseline disease severity characteristics: affected body surface area (BSA)  $< 20\%$  vs  $20\%$ ; duration of disease  $< 15$  vs  $15$  years; PASI score  $< 20$  vs  $20$ ; and IGA score  $< 4$  vs  $=4$ . Missing data were imputed as non-response.

**Results.** Baseline disease severity characteristics were comparable between the guselkumab ( $N = 534$ ) and secukinumab ( $N = 514$ ) groups, respectively: affected BSA  $20\%$  (53.4% vs 53.3%), 15 years duration of disease (58.4% vs 53.5%), PASI score  $20$  (35.6% vs 36.6%), and IGA score of  $4$  (23.8% vs 23.7%). As previously reported, in the overall population, a significantly higher proportion of patients in the guselkumab group achieved a PASI 90 response at Week 48 vs the secukinumab group (84.5% vs 70.0%,  $p < 0.001$ ); PASI 100 and IGA 0 responses were 58.2% vs 48.4% and 62.2% vs 50.4%, respectively. Response rates were numerically higher for guselkumab for all subgroups defined by baseline disease severity.

**Conclusion.** At Week 48, guselkumab had numerically higher response rates compared to secukinumab regardless of baseline psoriasis disease severity characteristics.

#### 51. ABSOLUTE PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX IMPROVEMENT IN PSORIASIS PATIENTS TREATED WITH GUSELKUMAB OR SECUKINUMAB: RESULTS FROM THE ECLIPSE STUDY

K. Reich<sup>a</sup>, J. Soung<sup>b</sup>, C. Maari<sup>c</sup>, K. Gebauer<sup>d</sup>, D. Thaci<sup>e</sup>, S. Flavin<sup>f</sup>, M.C. Hsu<sup>f</sup>, B. Randazzo<sup>g</sup>, I. Alarcón<sup>g</sup> y A. Blauvelt<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Translational Research in Inflammatory Skin Diseases. Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Alemania. <sup>b</sup>Southern California University. Santa Ana. CA. Estados Unidos. <sup>c</sup>Innovaderm Research. Montreal. Quebec. Canadá. <sup>d</sup>Fremantle Dermatology. Fremantle. Western Australia. Australia. <sup>e</sup>University of Lübeck. Lübeck. Alemania. <sup>f</sup>Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. Estados Unidos. <sup>g</sup>Medical Affairs Department. Janssen- Cilag. España. <sup>h</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. Estados Unidos.

**Introduction.** ECLIPSE is a Phase 3, randomized, double-blinded, multicenter, active comparator-controlled study that compared the efficacy and safety of guselkumab (GUS) and secukinumab (SEC) in patients with moderate to severe plaque psoriasis. GUS demonstrated superiority vs. SEC at the primary endpoint of Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response at Week 48. The objective of this analysis was to assess efficacy responses based on absolute PASI at Week 48 of GUS and SEC treatment in this study.

**Materials and methods.** Patients were randomized to receive GUS 100 mg by subcutaneous injection (SC) at Weeks 0, 4, 12, then every 8 weeks (n = 534) or SEC 300 mg SC at Weeks 0, 1, 2, 3, 4, then every 4 weeks (n = 514), both through Week 44. Efficacy data at Week 48 based on absolute PASI thresholds of 0, ≤ 1, and ≤ 3 were derived from a post hoc analysis. Missing data were imputed as non-response.

**Results.** Baseline demographics and disease characteristics were similar between treatment groups. As previously reported, a significantly greater proportion of patients in the GUS group achieved the primary endpoint of PASI 90 response at Week 48 vs. the SEC group (84.5% vs. 70.0%, respectively; p < 0.001). In the GUS group, the proportions of patients with an absolute PASI of 0, ≤ 1, and ≤ 3 at Week 48 were 58.2%, 75.3%, and 88.8%, respectively (n = 534). In the SEC group, the proportions of patients with an absolute PASI of 0, ≤ 1, and ≤ 3 at Week 48 were 48.4%, 60.5%, and 78.0%, respectively (n = 514). Adverse events were generally consistent with the established safety profiles for GUS and SEC.

## 52. CONSISTENCY OF RESPONSE BY AGE IN PATIENTS WITH MODERATE TO SEVERE PSORIASIS TREATED WITH GUSELKUMAB VS SECUKINUMAB: WEEK 48 RESULTS FROM THE ECLIPSE STUDY TRIAL

A. Armstrong<sup>a</sup>, Y. Poulin<sup>b</sup>, P. Foley<sup>c</sup>, W. Owczarek<sup>d</sup>, J. Bagel<sup>e</sup>, K. Papp<sup>f</sup>, S. Flavin<sup>g</sup>, M.C. Hsu<sup>h</sup>, B. Randazzo<sup>g</sup>, I. Alarcón<sup>h</sup> y K. Reich<sup>h</sup>

<sup>a</sup>University of Southern California. Los Ángeles. CA. Estados Unidos. <sup>b</sup>Centre de Recherche Dermatologique du Québec Métropolitain. Quebec. Canadá. <sup>c</sup>Skin & Cancer Foundation Inc. Melbourne. Victoria. Australia. <sup>d</sup>Klinika Dermatologiczna. Wojskowy Instytut Medyczny. Warszawa. Polonia. <sup>e</sup>WindsorDermatology. East Windsor. NJ. Estados Unidos. <sup>f</sup>K. Papp Clinical Research. Inc. Waterloo. ON. Canadá. <sup>g</sup>Janssen Research & Development. LLC. Spring House. PA. Estados Unidos. <sup>h</sup>Medical Affairs Department. Janssen- Cilag. España. <sup>i</sup>Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. and SkinInflammation® Center. Hamburg. Alemania.

**Introduction.** ECLIPSE, a Phase 3, multicenter, double-blinded, active-comparator controlled trial, compared guselkumab, an anti-interleukin-23 monoclonal antibody, to secukinumab, an anti-interleukin-17 monoclonal antibody in the long-term treatment of adult patients with moderate to severe plaque-type psoriasis. This analysis evaluated the consistency of response of guselkumab and secukinumab in pre-defined subgroups of psoriasis patients by age. **Methods.** Adult patients ≥ 18 years of age were randomized to receive guselkumab 100 mg at Weeks 0, 4, 12, then every 8 weeks

(N = 534), or secukinumab 300 mg (given as 150 mg x2) at Weeks 0, 1, 2, 3, 4, then every 4 weeks (N = 514), both through Week 44. Patients randomized to guselkumab also received placebo injections to match the number and frequency of secukinumab injections to maintain the blind. The proportions of patients at Week 48 achieving a Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response, PASI 100 response, and Investigator's Global Assessment (IGA) score of 0 (cleared) were analyzed by categories of baseline age: < 45 years, 45 to < 65 years, and 65 years. Missing data were imputed as non-response.

**Results.** The proportions of patients in each age category at study entry were generally comparable between the guselkumab (N = 534) and secukinumab (N = 514) groups: < 45 years (42.3% vs 51.0%), ≥ 45 to < 65 years (47.6% vs 40.3%), and ≥ 65 years (10.1% vs 8.8%), respectively. PASI 90 response rates were numerically higher in the guselkumab group than the secukinumab group across all 3 age categories: < 45 years (85.4% vs 75.2%), 45 to < 65 years (84.3% vs 68.6%), and 65 years (81.5% vs 46.7%), respectively. PASI 100 and IGA score of 0 response rates were also numerically higher for guselkumab vs secukinumab for all age categories.

**Discussion.** At Week 48, guselkumab had numerically higher response rates compared to secukinumab in the treatment of moderate to severe psoriasis in all categories of patients defined by age.

## 53. EXPERIENCIA CON SB-5 (ADALIMUMAB BIOSIMILAR) EN PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS

J.À. Baldó, J.M. Fernández Armenteros, J.M. Casanova Seuma, R. Aguayo Ortiz, C. Matas Nadal, V. Sanmartín Novell, E. Canal García, J. Pérez Manich y R.M. Martí Laborda

*Servicio Dermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.*

Los fármacos biosimilares han supuesto una disminución del coste del tratamiento en psoriasis, estos son comparables en eficacia y seguridad al fármaco de referencia, pero hay pocos estudios en práctica clínica.

**Objetivo.** Describir los datos de tratamientos con adalimumab (ADA) y SB5 (Imraldi; adalimumab biosimilar) así como evaluar su efectividad.

**Material.** Recopilación de todos los pacientes tratados con ADA y/o SB5 durante el 2019 en nuestro hospital, excluyendo a aquellos pacientes con seguimiento menor a 16 semanas de tratamiento.

**Resultados.** Se recogieron un total de 38 pacientes con seguimiento mayor a 16 semanas de tratamiento. Los pacientes con ADA (37) tuvieron muy buena respuesta (PASI 90, > 75%), siendo mejor a la semana 24 (PASI 90, > 80%). Pudiendo desintensificar al 24% tratado con ADA hasta cada 6 semanas. Un total de 18 pacientes se trataron con SB-5 (17 switch desde ADA y 1 naïve a biológicos). El 94% presentaron buena respuesta (PASI ≤ 4) durante el período estudiado, incluso con desintensificación. Un paciente con ADA requirió cambio de tratamiento por efectos adversos (cuadro debilidad similar a Guillain-Barré) y 2 con SB5 por dolor en lugar de inyección.

**Conclusiones.** La terapia anti-TNF sigue siendo buena aliada en el tratamiento de la psoriasis. Los fármacos biosimilares parecen tener buena respuesta sobre la enfermedad. Se necesitan más estudios de comparación de moléculas biosimilares con fármaco de referencia.

## 54. SERIE DE 7 PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON BRODALUMAB

J. Aróstegui Aguilar, Í. Martínez de Espronceda, J. Sarriguarte Aldecoa-Otalora, I. Hiltun Cabredo, M. Larrea García y J.I. Yanguas Bayona

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.*

**Introducción.** Brodalumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL-17 eficaz para el tratamiento de psoriasis moderada-severa.

**Objetivos.** Valorar la eficacia y seguridad de brodalumab en pacientes psoriásicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una serie de 7 pacientes con psoriasis con fracaso previo de otros fármacos tanto clásicos como biológicos en tratamiento con brodalumab durante 3-6 meses. Seis de nuestros pacientes eran varones con una edad comprendida entre 36-69 años y 5 de los 7 presentaban una psoriasis localizada principalmente en manos al inicio del tratamiento. El PASI inicial de nuestros pacientes al comienzo de la terapia biológica fue de 4-12.

**Resultados.** Tras 3 meses de tratamiento todos los pacientes presentaron un PASI prácticamente nulo. En nuestra serie hay un paciente que lleva más de 6 meses con el tratamiento presentando también PASI 0. Ninguno de los pacientes presentó efectos secundarios destacables debido al tratamiento biológico. Todos ellos continúan en estos momentos con el tratamiento.

**Conclusiones.** En nuestra serie todos los pacientes presentaron blanqueamiento completo de forma rápida, manteniéndose en todos ellos hasta la semana 12. Todos ellos han referido clara mejoría en su calidad de vida y no presentaron efectos secundarios de interés como ideación suicida, infección orofaríngea candidiásica, alteración del sistema nervioso, etc. Estos datos apoyan los resultados de otros estudios confirmando la eficacia, rapidez en la acción y seguridad de este fármaco. Será necesario continuar con el seguimiento de estos pacientes para valorar el mantenimiento del aclaramiento a lo largo del tiempo.

## 55. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA Y EFICACIA DE SECUKINUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS GRAVE EN PLACAS

Í. Martínez de Espronceda Ezquerro<sup>a</sup>, J. Aróstegui Aguilar<sup>a</sup>, M. Azcona Rodríguez<sup>a</sup>, J. Mitxelena Ezeiza<sup>a</sup>, G. Ezpeleta Lobato<sup>b</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

Secukinumab ha demostrado ser un tratamiento eficaz para la psoriasis grave en forma de placas. Sin embargo a día de hoy existen dudas sobre la durabilidad de su respuesta. Realizamos un estudio observacional, prospectivo de 41 pacientes con psoriasis en placas tratados con secukinumab en el Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Navarra entre julio de 2015 y julio de 2018. Los objetivos fundamentales fueron valorar la eficacia a las 12 y 52 semanas así como valorar la supervivencia del fármaco a las 52 semanas. Tras el análisis de los resultados encontramos que secukinumab es un fármaco eficaz y seguro. En términos de supervivencia el 74% de nuestra serie presentaba un PASI 90 a las 52 semanas pero con unas diferencias estadísticamente significativas entre pacientes naïve y no naïve para biológicos, y entre obesos y no obesos, tal y como han descrito recientemente en otros trabajos.

## 56. UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS-ARTRITIS PSORIÁSICA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA: RESULTADOS A DOS AÑOS

R. Hernández Sánchez<sup>a</sup>, A. Pérez Gil<sup>b</sup>, F. García Souto<sup>b</sup>, B. Cívico Ruiz<sup>b</sup> y J. Escudero Ordóñez<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Reumatología y <sup>b</sup>Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

La artritis psoriásica es una enfermedad muy heterogénea, potencialmente severa que precisa un tratamiento multidisciplinar, como

queda recogido en las últimas recomendaciones EULAR. El objetivo fundamental de las consultas conjuntas de dermatología y reumatología es optimizar el tratamiento de estos pacientes mejorando la calidad de vida de los mismos a través del control y prevención de las posibles complicaciones. El objetivo de este estudio es escribir las características de 210 pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en relación con los índices de actividad de la enfermedad. Analizar la relación entre distintas variables con la actividad de la enfermedad y el impacto de las comorbilidades asociadas a la psoriasis en el curso de las mismas.

## 57. SECUKINUMAB 300 MG DEMOSTRÓ UNA EFECTIVIDAD ELEVADA Y MANTENIDA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE: EVIDENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES DEL REINO UNIDO (RU) Y LA REPÚBLICA DE IRLANDA

A. Bewley<sup>a</sup>, P.J. Hampton<sup>b</sup>, E. Riley<sup>c</sup>, L.A. Steven<sup>d</sup>, A. Franklin<sup>c</sup>, R.J. May<sup>c</sup>, S.E. George<sup>c</sup> y J. Whitehead<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Department of Dermatology. Whipps Cross and Royal London Hospitals. Barts Health NHS Trust. Londres. <sup>b</sup>Department of Dermatology. Royal Victoria Infirmary. Newcastle Hospitals NHS Foundation Trust. Newcastle upon Tyne. <sup>c</sup>Novartis Pharmaceuticals UK Ltd. 200 Frimley Business Park. Frimley. <sup>d</sup>SQL Clinical, Gostling House. Diss Business Park. Diss. Reino Unido.

**Objetivo.** Secukinumab (SEC) demostró eficacia y seguridad rápida y mantenida en psoriasis y artritis psoriásica en ensayos clínicos controlados. BADBIR es un registro prospectivo, longitudinal de farmacovigilancia en Reino Unido e Irlanda, ideal para evaluar supervivencia de medicamentos en la vida real.

**Material.** Se evaluaron pacientes (pts) adultos incluidos en BADBIR hasta 31 de agosto de 2018, tratados con SEC 300 mg según ficha técnica (FT) con al menos un seguimiento. La supervivencia del medicamento a los 24 meses (m) se evaluó utilizando un análisis Kaplan-Meier. La práctica clínica habitual de Reino Unido no contempla un periodo de lavado entre biológicos, y sumado a los valores perdidos, solo un 47% de los pts tenía datos evaluables en basal, por tanto, se escogió el PASI absoluto (aPASI) ya que es independiente del valor basal. Se evaluó la proporción de aPASI  $\leq 2$  a los 12 y 24 m con mínimo impacto en la calidad de vida. La puntuación PASI a 12 y 24 m se imputó con datos recogidos en  $\pm 90$  días. Debido al sesgo en la distribución de la puntuación PASI, se reportó la mediana de aPASI, en lugar de la media, para aquellos pts que tenían puntuación en PASI dentro del tiempo requerido.

**Resultados.** Se analizaron 1.679 pts  $\geq 18$  años incluidos en BADBIR en tratamiento con SEC que recibieron la dosis de 300 mg/mes según FT. De ellos, 507 (30,2%) eran naïve y 1.172 (69,8%) expuestos al menos a un biológico previo. A 12 y 24 m, alcanzaron un aPASI  $\leq 2$  el 78% y el 72,4% de los pts naïve, y el 43,3% y 43,2% de los pts expuestos a biológico. A 12 y 24 m, la mediana en aPASI de los pts naïve fue de 0,3 (rango 0-16) y 1 (rango 0-17); y de 2,7 (rango 0-56) y 2,6 (rango 0-40) en los pts con biológico previo. Los análisis de supervivencia Kaplan-Meier de los pts tratados con SEC mostraron una tasa de supervivencia global del 91,7% y del 82,1% en los pacientes naïve, y del 80,6% y del 63% en los pacientes expuestos a un biológico previo, a los 12 y 24 m respectivamente.

**Conclusiones.** SEC demostró una efectividad significativa en vida real, mantenida durante 24 m en pts naïve y expuestos a biológicos previos, que recibieron 300 mg/mes de SEC según FT. Esto es comparable a los resultados de supervivencia de ustekinumab del 89% y del 82%, a los 12 y 24 m, en pts naïve obtenidos en BADBIR. Como limitación, el desconocimiento del número de biológicos previos que podría explicar la reducción en la supervivencia del fármaco entre 12 y 24 m.



### 58. SECUKINUMAB (SEC) MANTIENE LA SUPERIORIDAD SOBRE USTEKINUMAB (UST) EN EL BLANQUEAMIENTO DE LA PIEL Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA A GRAVE: RESULTADOS A LA SEMANA 52 DEL ESTUDIO CLARITY

J. Bage<sup>a</sup>, J. Nia<sup>b</sup>, P. Hashim<sup>b</sup>, M. Patekar<sup>c</sup>, A. de Vera<sup>c</sup>, K. Ahmad<sup>d</sup>, B. Paguet<sup>c</sup>, S. Xia<sup>e</sup>, E. Muscianisi<sup>f</sup>, A. Blauvelt<sup>g</sup> y M. Lebwohl<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Psoriasis Treatment Center of Central Nueva Jersey. East Windsor. NJ. EE. UU. <sup>b</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York. NY. EE. UU. <sup>c</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>d</sup>Novartis Healthcare Pvt Ltd. Hyderabad. India. <sup>e</sup>Beijing Novartis Pharma Co. Ltd. Shanghai. China. <sup>f</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ. EE. UU. y <sup>g</sup>Oregon Medical Research Center. Portland. OR. EE. UU.

**Objetivo.** CLARITY es el segundo estudio comparativo de SEC vs. UST destinado a una mayor población (1.102 vs. 676 pacientes) y mayor proporción de pacientes estadounidenses que el estudio CLEAR (64,2 vs. 12,6%); la superioridad en la eficacia de SEC vs. UST fue previamente confirmada a la semana (s) 16. Se presentan los resultados de eficacia y seguridad de SEC vs. UST a las 52 s del estudio CLARITY.

**Material.** En el estudio multicéntrico, comparativo, doble ciego con grupos paralelos, fase IIIb (NCT02826603), los pacientes se aleatorizaron 1:1 a SEC 300 mg (n = 550) o UST 45/90 mg (n = 552). Los objetivos primarios fueron evaluar la superioridad de SEC sobre UST en alcanzar puntuaciones de 0 y 1 (blanqueada/casi blanqueada) según la modified Investigator's Global Assessment, (IGA) mod 2011 y un 90% de reducción en el Psoriasis Area Severity Index (PASI90) a las 12 s. Los resultados secundarios y exploratorios incluyeron las respuestas a IGA 0/1, PASI75, PASI90, PASI100 y Dermatology Quality of Life Index 0/1 (DQLI) a las 52 s. La seguridad se evaluó a la s 52 por la incidencia de acontecimientos adversos emergentes al tratamiento.

**Resultados.** Las diferencias significativas entre SEC y UST en las respuestas de IGA 0/1, PASI75, PASI90, PASI100 y DLQI fueron consistentes desde la s 4 a la s 52. A la s 52, la proporción de pacientes que alcanzó respuestas en IGA 0/1 (76 vs. 60,2%; OR 2,12 [IC 95%, 1,61-2,79]), IGA 0 (50,3 vs. 33,8%; OR 2,00 [IC 95%, 1,55-2,57]), PASI75 (89 vs. 82,1%; OR 1,74 [IC 95%, 1,21-2,50]), PASI90 (73,2 vs. 59,8%; OR 1,84 [IC 95%, 1,41-2,41]) y PASI100 (48,9 vs. 33,5%; OR 1,92 [IC 95%, 1,48-2,47]) fue significativamente mayor en SEC que en UST; así como la proporción de pacientes que alcanzó respuestas en DLQI 0/1 (69,9 vs. 61,2%) y DLQI 0 (52,4 vs. 43,9%). La proporción de pacientes con algún acontecimiento adverso fue comparable entre los dos brazos (SEC, 68,5%; UST, 70,7%). La incidencia de candidiasis fue superior en el brazo de SEC vs. UST (2,4 vs. 0,7%); sin embargo, los IC al 95% de la tasa de incidencia se solaparon en los dos grupos. Dos pacientes (0,4%) reportaron síndrome inflamatorio intestinal en el brazo de SEC vs. 0 pacientes en el brazo de UST.

**Conclusiones.** En este segundo estudio comparativo se confirma la eficacia superior sostenida de SEC vs. UST en el blanqueamiento de la piel y la calidad de vida a las 52 s con un perfil de seguridad consistente con los estudios previos.

### 59. NORMALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS EN PACIENTES CON PSORIASIS, CON O SIN TERAPIA SISTÉMICA PREVIA, TRAS EL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB: RESULTADOS DEL ESTUDIO PROSE

E. Dauden Tello<sup>a</sup>, M. Augustin<sup>b</sup>, U. Mrowietz<sup>c</sup>, C. Paul<sup>d</sup>, S. Gerdes<sup>c</sup>, M. Rissle<sup>e</sup>, S. Gathmann<sup>e</sup>, C. Sieder<sup>f</sup>, T. Bachuber<sup>f</sup> y R. Orsenigo<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España. <sup>b</sup>University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Hamburgo. Alemania. <sup>c</sup>Psoriasis-Center. Department of Dermatology. University Medical Center Schleswig-Holstein. Kiel. Alemania. <sup>d</sup>Department of Dermatology. Paul Sabatier University. Toulouse. Francia. <sup>e</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>f</sup>Novartis Pharma GmbH. Núremberg. Alemania. <sup>g</sup>Novartis Farma S.p.A. Origgio. Italia.

**Objetivo.** La psoriasis (PsO) afecta a la calidad de vida (CV) de los pacientes (pts). La terapia previa podría afectar los resultados de eficacia y CV de la terapia actual. En el estudio PROSE se evaluó el impacto de la terapia previa en la CV de pts con PsO moderada-grave que empezaban tratamiento con secukinumab (SEC). Resultados de eficacia y CV a las 52 semanas (s).

**Material.** Estudio fase 4 prospectivo multicéntrico. Los pts (N = 1.660) se clasificaron en la visita basal según exposición previa a tratamiento sistémico: naïve (N = 663), sistémico convencional (SC; ≥ 1 terapia [N = 673]), y biológico (B; ≥ 1 terapia [N = 324]). Se determinaron los siguientes PRO's (Patient-reported outcomes): DLQI (Dermatology Life Quality Index), EQ-5D-5L (EuroQoL 5-Dimension Health Questionnaire<sup>®</sup>), HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire<sup>®</sup>-Disability Index) en pts con artritis psoriásica, EVN (escala de valoración numérica), TSQM; (Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication) y PBI (Patient Benefit Index). La eficacia y la gravedad de la enfermedad se evaluaron utilizando PASI (Psoriasis Area Severity Index) e IGA mod 2011 (Investigator's Global Assessment modified 2011).

**Resultados.** A la s16, un 70,8% de pts (naïve, 74,7%; SC, 71,3%; B, 61,7%) alcanzó respuestas DLQI 0/1 (sin efecto/efecto leve en la CV); que se mantuvieron hasta la s52 (total 71,9%; naïve 75,3%; SC 73,3%; B 62,0%). La puntuación de EQ-5D-5L, HAQ-DI, EVN, TSQM y PBI mejoró a las 16 y 52s. La proporción de pts que alcanzó una tasa de respuesta PASI 75/90/100 a la s16 (total 92,0/78,3/41,1) fue mayor en pts naïve (94,4/82,4/47,3), seguido por SC (92,8/78,8/38,8) y B (85,4/69,0/33,4). La tendencia fue similar a la s52 (total, 90,4/75,3/48,4; naïve, 94,4/80,8/56,9; SC, 89,7/75,5/45,5; B, 83,3/63,9/37,0). El 84,2% de los pts (naïve, 87,4%; SC, 84,9%; B, 76,2%) consiguió blanqueamiento/casi blanqueamiento de la piel (IGA 0/1) a la s16, y el 80,8% (naïve, 86,4%; SC, 79,9%; B 71,3%) a la s52. Se observó una correlación entre las respuestas de PASI o IGA mod 2011 0/1 y de DLQI 0/1 en todos los momentos y subpoblaciones. La seguridad mostró el perfil de seguridad conocido de SEC.

**Conclusión.** La terapia con SEC permitió alcanzar una completa normalización de la CV y los síntomas de la enfermedad en una elevada proporción de pts con PsO, con o sin terapia sistémica previa. La mejora en la CV se correlaciona con la mejora de los síntomas y se mantuvo hasta la s52.

### 60. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y BASAL DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA A GRAVE TRATADOS CON SECUKINUMAB FRENTE A OTROS TRATAMIENTOS: ACTUALIZACIÓN A LOS 30 MESES DEL REGISTRO PURE

K.A. Papp<sup>a</sup>, M. Gooderham<sup>b</sup>, J. Beecker<sup>c</sup>, L. Albrecht<sup>d</sup>, I. Delorme<sup>e</sup>, I. Dei-Cas<sup>f</sup>, M. Shaffelburg<sup>g</sup>, A.L. López Tello Santillan<sup>h</sup>, R.F. González Soto<sup>i</sup>, L. Rihakova<sup>j</sup> y A. Vieira<sup>k</sup>

<sup>a</sup>K. Papp Clinical Research and Probitry Medical Research. Waterloo. ON. Canadá. <sup>b</sup>SKiN Center for Dermatology. Queen's University and Probitry Medical Research. Peterborough. ON. Canadá. <sup>c</sup>University of Ottawa. Division of Dermatology. Ottawa Hospital Research Institute. and Probitry Medical Research. Ottawa. ON. Canadá. <sup>d</sup>Enverus Medical and Probitry Medical Research. Surrey. BC. Canadá. <sup>e</sup>Dr. I. Delorm Inc. Drummondville. QC. Canadá. <sup>f</sup>Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Argentina. <sup>g</sup>M Shaffelburg. Kentville. NS. Canadá. <sup>h</sup>Medical Center issemym. Metepec Edo de México. <sup>i</sup>Centro de Dermatología de Monterrey. Monterrey. Nuevo León. México. y <sup>j</sup>Novartis Pharmaceuticals Canadá Inc. Dorval. QC. Canadá.

**Objetivo.** Secukinumab (SEC) ha demostrado eficacia y seguridad a largo plazo en el espectro completo de manifestaciones de psoriasis (PsO): uñas, cuero cabelludo, palmas de las manos y plantas de los pies y artritis psoriásica (PsA). PURE es un registro internacional de pacientes (pts) adultos de Canadá y Latinoamérica con PsO moderada-grave, tratados con SEC vs. otros tratamientos (OT) aprobados. Aquí se describen y comparan las características demográficas, clínicas y de la enfermedad en pts tratados con SEC vs. OT a nivel basal y a los 30 meses de seguimiento.

**Material.** Este análisis intermedio del registro PURE, observacional, prospectivo, de dos cohortes evalúa la seguridad y efectividad de SEC en el manejo de pts con PsO crónica en placas moderada-grave en la práctica clínica real. Se reclutarán aproximadamente 2.500 pts adultos (1:1, SEC:OT).

**Resultados.** En enero de 2019 se habían incluido 1.561 pts (633 SEC vs. 927 OT); y 1.329 (556 SEC vs. 772 OT) fueron elegibles. Las medias  $\pm$  DE de edad (50,5  $\pm$  13,4 vs. 49,1  $\pm$  14,2) y de edad al comienzo de los síntomas (29,5  $\pm$  15,5 vs. 29,4  $\pm$  16,1) fueron comparables entre grupos, mientras que la duración desde el diagnóstico fue 18,2  $\pm$  13,3 (SEC) vs. 17,1  $\pm$  14,2 (OT);  $p = 0,029$ . El porcentaje de mujeres fue 39,2% (SEC) vs. 45,1% (OT);  $p = 0,036$ . La mayoría de los pts había recibido terapias previas para la PsO (95,5% SEC, 90,7% OT), incluyendo metotrexato (46,9% SEC vs. 31,9% OT) y terapia biológica (45,1% SEC vs. 20,9% OT). En la inclusión los pts tratados con SEC presentaban una media  $\pm$  DE significativamente superior en su PASI previo (15,7  $\pm$  8,6 SEC vs. 14,2  $\pm$  7,2 OT;  $p = 0,048$ ), PASI basal (13,6  $\pm$  8,9 vs. 12,2  $\pm$  7,2;  $p = 0,008$ ) que los pts con OT. Los pts con una puntuación en IGA (Investigator's Global Assessment) = 4 (27,5 vs. 22,3%) y = 3 (70,1 vs. 76,1%) fueron comparables entre grupos. En ambos grupos se demostró un deterioro grave de la calidad de vida (Dermatology Life Quality Index, DLQI 13,5  $\pm$  7,3 SEC; 12,8  $\pm$  6,9 OT). Un total de 220 pts presentaba PsA, mayoritariamente en la cohorte de SEC (21,2%) vs. OT (13,2%).

**Conclusiones.** Este interim análisis ha mostrado diferencias significativas en las características de la enfermedad de pts con PsO moderada-grave seleccionados para el tratamiento con SEC vs. OT en práctica clínica real en Canadá y Latinoamérica, siendo los primeros más propensos a haber estado expuestos a un tratamiento biológico previo, presentar mayor afectación cutánea y PsA concomitante.

## 61. 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

L. Puig<sup>a</sup>, J. Cather<sup>b</sup>, B. Nardone<sup>c</sup>, J. Parno<sup>d</sup>, A.M. Mendelsohn<sup>d</sup>, S.J. Rozzo<sup>d</sup> y E. Ergen<sup>e</sup>,

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. <sup>b</sup>Modern Research Associates. Dallas. TX. EE. UU. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Feinberg School of Medicine. Northwestern University. Chicago. IL. EE. UU. <sup>d</sup>Sun Pharmaceutical Industries. Inc. Princeton. NJ. EE. UU. <sup>e</sup>Departamento de Medicina. University of Tennessee Graduate School of Medicine. Knoxville. TN. EE. UU.

**Objetivo.** Este análisis post-hoc evaluó las razones de tasas de incidencia de neoplasias malignas en pacientes expuestos a tildrakizumab (TIL) 100 mg o 200 mg cada 12 semanas durante un máximo de 5 años.

**Material.** reSURFACE 1 y reSURFACE 2 fueron estudios doble ciego, aleatorizados y controlados que evaluaron la monoterapia con TIL 100 y 200 mg en pacientes adultos con psoriasis crónica en placas de moderada a grave. Los pacientes con PASI 50 ( $\geq$  50% de mejora en el índice de actividad y gravedad de la psoriasis) a la finalización de reSURFACE 1 (semana 52) o reSURFACE 2 (semana 64) pudieron entrar en una extensión, a la misma dosis de TIL. Las tasas acumu-

ladadas de neoplasias malignas se notifican por 100 años-paciente (AP) de exposición a TIL durante el estudio original y la extensión.

**Resultados.** En reSURFACE 1, 239 (100 mg) y 267 (200 mg) pacientes entraron en la extensión, permaneciendo una media de 154,2 y 165,7 semanas, respectivamente. En reSURFACE 2, entraron 376 (100 mg) y 347 (200 mg) pacientes, permaneciendo una media de 146,8 y 148,5 semanas, respectivamente. La exposición total a TIL en el estudio original más la extensión (100 mg/200 mg) fue de 1094,6/1266,0 AP en reSURFACE 1 y de 1513,3/1404,7 AP en reSURFACE 2. La tasa de neoplasias malignas ajustada por la exposición (reSURFACE 1/reSURFACE 2) fue 1,6 /0,8 para la dosis de 100 mg y 0,9/1,0 para la dosis de 200 mg. En reSURFACE 1, los pacientes que recibieron la dosis de TIL 100 mg tuvieron tasas de melanoma y cáncer de piel no melanoma de 0,1 y 0,5; y los que recibieron la dosis de TIL 200 mg de 0,1 y 0,4, respectivamente. En reSURFACE 2, estas tasas fueron 0,1 y 0,3 para los pacientes que recibieron 100 mg y 0,1 y 0,5 para los que recibieron 200 mg, respectivamente. Cuando se excluyó el cáncer de piel no melanoma, las tasas de neoplasias malignas fueron 1,1 para TIL 100 mg en reSURFACE 1 y 0,5 para TIL 200 mg en reSURFACE 1 y para ambas dosis en reSURFACE 2.

**Conclusiones.** En reSURFACE 1 y reSURFACE 2, las razones de tasas de incidencia de neoplasias malignas durante el estudio original y la extensión fueron similares entre los grupos de TIL 100 mg y 200 mg durante un máximo de 5 años de seguimiento.

## 62. MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA PASI 90 CON TILDRAKIZUMAB 100 MG DURANTE UN AÑO EN PACIENTES RESPONDEDORES (PASI 90) A LA SEMANA 28: ANÁLISIS POST-HOC DEL ENSAYO RESURFACE 1

E. Daudén<sup>a</sup>, A. Ryzhkova<sup>b</sup>, A. Schoenenberger<sup>b</sup> y P. de la Cueva<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Princesa. Madrid.

<sup>b</sup>Almirall R&D. Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.

**Objetivo.** Evaluar el mantenimiento de la respuesta PASI (Psoriasis Area and Severity Index) 90 en pacientes respondedores a tildrakizumab (TIL) 100 mg ( $\geq$  90% de mejora en la puntuación del PASI) a la semana (Sem) 28 que fueron aleatorizados a placebo o a continuar con la misma dosis de TIL en el ensayo fase 3 reSURFACE 1 (NCT01722331).

**Material.** Análisis post-hoc de pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave de un ensayo de tres partes, doble ciego, aleatorizado y controlado (64 semanas). En la parte 1 (Sem 0-12), los pacientes fueron aleatorizados (2:2:1) a TIL 200 mg, TIL 100 mg o placebo. En la parte 2 (Sem 12-28), los pacientes de placebo fueron realeatorizados (1:1) a TIL 200 mg o TIL 100 mg. Los pacientes inicialmente aleatorizados a TIL continuaron con la misma dosis. En la parte 3 (Sem 28-64), los pacientes respondedores a TIL (aquellos que alcanzaron al menos un PASI 75) fueron aleatorizados (1:1) a placebo (retratamiento con la misma dosis de TIL en caso de recaída [definida como pérdida de respuesta PASI 90]) o continuar con la misma dosis de TIL. La población de estudio incluyó a los pacientes en tratamiento con TIL 100 mg con una respuesta PASI 90 a la Sem 28 que fueron aleatorizados a placebo o a continuar con la misma dosis de TIL, y seguidos hasta la Sem 52. Los datos ausentes se imputaron como no respondedores.

**Resultados.** A la Sem 28, 71 y 75 pacientes con TIL 100 mg y una respuesta PASI 90 fueron aleatorizados a placebo o a continuar con la misma dosis de TIL, respectivamente. Entre los pacientes que continuaron con TIL 100 mg, un 90,7; 89,3; 84; 82,7; 81,3 y 84% mantuvo la respuesta PASI 90 a la Sem 32, Sem 36, Sem 40, Sem 44, Sem 48 y Sem 52, respectivamente. La mediana de tiempo hasta la pérdida de respuesta PASI 90 desde la Sem 28 fue de 111 días (16 semanas).

**Conclusiones.** Entre los pacientes que alcanzaron una respuesta PASI 90 a la Sem 28 del ensayo reSURFACE 1, se observó un mantenimiento estable (80-90% de los pacientes) de la respuesta PASI 90 hasta el año con el tratamiento continuado de TIL 100 mg. El perfil de seguridad de TIL y placebo fue comparable al previamente reportado.

### 63. TIEMPO HASTA LA RECAÍDA DESPUÉS DE LA RETIRADA DE TILDRAKIZUMAB 100 MG EN PACIENTES CON PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE RESPONDEDORES (PASI 90) A LA SEMANA 28: ANÁLISIS POST-HOC DEL ENSAYO RESURFACE 1

P. de la Cueva<sup>a</sup>, A. Ryzhkova<sup>b</sup>, A. Schoenenberger<sup>b</sup> y E. Daudén<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid.  
<sup>b</sup>Almirall R&D. Barcelona. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Princesa. Madrid. España.

**Objetivo.** Reportar el tiempo hasta la recaída en pacientes respondedores a tildrakizumab (TIL) 100 mg ( $\geq 90\%$  de mejora en el PASI [Psoriasis Area and Severity Index]) a la semana (Sem) 28 que fueron aleatorizados a placebo en el ensayo fase 3 reSURFACE 1 (NCT01722331).

**Material.** Análisis post-hoc de pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave de un ensayo de tres partes, doble ciego, aleatorizado y controlado (64 semanas). En la parte 1 (Sem 0-12), los pacientes fueron aleatorizados (2:2:1) a TIL 200 mg, TIL 100 mg o placebo. En la parte 2 (Sem 12-28), los pacientes de placebo fueron realeatorizados (1:1) a TIL 200 mg o TIL 100 mg. Los pacientes inicialmente aleatorizados a TIL continuaron con la misma dosis. En la parte 3 (Sem 28-64), los pacientes respondedores a TIL (aquellos que alcanzaron al menos un PASI 75) fueron aleatorizados (1:1) a continuar con la misma dosis de TIL o placebo (retratamiento con la misma dosis de TIL en caso de recaída). En este análisis post-hoc, se definió respondedor como mejora  $\geq 90\%$  en el PASI y recaída como pérdida de respuesta PASI 90. La población de estudio incluyó a los pacientes en tratamiento con TIL 100 mg con una respuesta PASI 90 a la Sem 28 aleatorizados a placebo y seguidos hasta la Sem 64 (i.e., período de 36 semanas). En esta población, la última dosis de TIL se administró a la Sem 16 (i.e., 48 semanas sin tratamiento activo). La tasa de recaída a las 64 semanas se calculó mediante estimación de Kaplan-Meier (KM) y se generó la curva de KM.

**Resultados.** A la Sem 28, 71 pacientes con TIL 100 mg y una respuesta PASI 90 fueron aleatorizados a placebo. La mediana de tiempo hasta la pérdida de respuesta PASI 90 desde la Sem 28 fue de 111 días (16 semanas). Los datos de seguridad fueron en general comparables entre los pacientes realeatorizados a continuar con TIL o discontinuar.

**Conclusiones.** Tildrakizumab proporciona un mantenimiento duradero de la eficacia con una mediana de tiempo hasta la pérdida de respuesta PASI 90 de 16 semanas (28 semanas después de la última dosis de TIL 100 mg) al interrumpir el tratamiento. El perfil de seguridad de TIL y placebo fue comparable al previamente reportado.

### 64. CERTOLIZUMAB PEGOL PARA EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS EN PLACAS: DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS

E. Zamora-Martínez<sup>a</sup>, O. Baniandrés<sup>b</sup> y E. García-Zamora<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Móstoles.  
<sup>c</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.  
<sup>c</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. España.

**Introducción.** Certolizumab pegol (CZP) es un fragmento Fab' pegilado de un anticuerpo humanizado recombinante contra el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ). Recientemente ha sido aprobado

para el tratamiento de pacientes con psoriasis en placas moderada-severa. A diferencia del resto de fármacos biológicos, CZP no se une al receptor neonatal Fc (FcRn), ya que carece de la región Fc. Esta característica lo convierte en una buena opción para el tratamiento de las mujeres en edad fértil, pudiéndose utilizarse durante el embarazo y la lactancia.

**Casos clínicos.** Presentamos los casos clínicos de 6 mujeres con psoriasis en placas moderada-severa de 16,7 años de evolución media y una edad media de 33 años (40-21). Tres de las pacientes expresaron deseo gestacional y 2 se encontraban dando lactancia materna. Todas las pacientes habían recibido tratamiento tópico previo, fototerapia o terapias sistémicas clásicas, y 3 de ellas además habían sido tratadas previamente con otros fármacos biológicos (otros anti-TNF, anti-IL12/23 y anti-IL17). Se decidió iniciar tratamiento con CZP (400 mg en la semana 0, 2 y 4, seguido de 200 mg cada 2 semanas). La mejoría fue visible ya a partir de las 4 semanas. En todas las pacientes se alcanzó PASI 0 y PGA 0 entre la semana 4 y 12. Hasta la fecha, no se han registrado efectos adversos y todas las pacientes mantienen PASI 0 (12,8 meses de tratamiento medio con CZP).

**Discusión y conclusiones.** CZP es un tratamiento biológico efectivo y seguro aprobado para el tratamiento de psoriasis en placas. Estos casos demuestran su rapidez de acción y su efectividad en mujeres en edad fértil, pacientes obesas y localizaciones especiales de psoriasis. Además, al carecer de región Fc, es un fármaco idóneo para el tratamiento de estas pacientes, no siendo necesaria su suspensión durante el embarazo y la lactancia.

### 65. GUSELKUMAB COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE: RESULTADOS PRELIMINARES TRAS 7 MESES DE EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

B. Pinilla Martín, M. Penalba Torres, A. Sánchez Velázquez, M.C. García Donoso y R. Rivera Díaz

Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. España.

**Introducción.** Guselkumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la IL-23. Su uso está aprobado en adultos para el tratamiento de psoriasis en placas moderada/grave que no responde a los tratamientos convencionales. Presentamos nuestra experiencia en práctica clínica con este fármaco.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de pacientes tratados con guselkumab con al menos 16 semanas de seguimiento. Para la valoración de la gravedad de la psoriasis y la respuesta al tratamiento se utilizó el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) se calculó el PASI absoluto y el PASI relativo (PASI 100, PASI 90, PASI 75, PASI 50). Se recogieron los acontecimientos adversos (AA) reportados durante el tratamiento.

**Resultados.** Nuestra serie se compone de 7 pacientes, todos ellos presentaban factores de riesgo cardiovascular y/o de síndrome metabólico. Una paciente de la serie (naïve a tratamiento biológico) estaba diagnosticada de cáncer de cérvix metastásico y presentaba un brote de psoriasis pustulosa secundaria al tratamiento con atezolizumab. Seis habían realizado tratamiento previo con fármaco biológico (3,5 fármacos de media). El PASI al inicio del tratamiento era de 13. La media de tiempo de tratamiento es de 22 semanas. La media del PASI absoluto a las 16 semanas de tratamiento fue de 1,45. Tres pacientes alcanzaron la respuesta PASI 100, el PASI 75 fue alcanzado por un 57,1% y en el 100% se alcanzó el PASI 50. En la paciente que presentaba un brote de psoriasis pustulosa secundaria a la inmunoterapia se combinó el tratamiento con acitretino con excelente respuesta y sin desarrollo de problemas de seguridad. No hemos observado AA que requieran tratamiento adicional, retraso o suspensión del fármaco.

**Conclusión.** Los resultados iniciales de nuestra experiencia con guselkumab en pacientes complejos (por fracaso a múltiples terapias

biológicas y diversas comorbilidades, incluido una paciente oncológica) muestran buenos datos de eficacia aunque inferior a la de los ensayos clínicos (PASI 75 alcanzado en un 91,2% de los pacientes en el estudio Voyage 1 y en un 86,3% en el Voyage 2), con un excelente perfil de seguridad. No obstante, será necesaria una muestra mayor y un mayor tiempo de tratamiento para evaluar la efectividad y seguridad en pacientes de la vida real.

## 66. EFECTIVIDAD DE GUSELKUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: SERIE DE 40 PACIENTES EN 5 HOSPITALES UNIVERSITARIOS ANDALUCES

L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>a</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>b</sup>, J.C. Armario Hita<sup>c</sup>, M. Galán Gutiérrez<sup>d</sup> y A. Pérez Gil<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>b</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. <sup>d</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>e</sup>Hospital Universitario Valme. Sevilla. España.

**Introducción.** Guselkumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la interleuquina 23 (IL-23) y que ha sido recientemente aprobado para el tratamiento de la psoriasis de moderada a grave.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de guselkumab en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave.

**Materiales y métodos.** Estudio multicéntrico observacional que analiza la evolución de 40 pacientes tratados con guselkumab en las Unidades de Dermatología de 5 hospitales universitarios andaluces. Los pacientes se evaluaron en las semanas 0, 4, 12 y 24. La afectación y severidad de la psoriasis se midió utilizando el índice PASI (Psoriasis Area Severity Index) y el índice BSA (Body Surface Area). También se analizaron el EVA prurito y el DLQI (Dermatology Life Quality Index). Se recogieron datos como presencia/ausencia de comorbilidades, sexo, edad, IMC e historia de tratamiento previo con biológicos.

**Resultados.** Se incluyeron 40 pacientes con psoriasis en placas. Al inicio del tratamiento los valores medios de PASI y BSA fueron 13,8 y 17,5 respectivamente. El 47,5% de los pacientes habían recibido 3 o más tratamientos biológicos previos, y solo un 12,5% recibieron guselkumab como primera línea de tratamiento. Las comorbilidades más frecuentes fueron: dislipidemia (30%), hipertensión arterial (25%), diabetes (15%), depresión (15%), artritis psoriásica (10%) e hígado graso (7,5%). Se obtuvieron datos de evolución para 27 pacientes; el análisis de estos pacientes demostró bajadas significativas en los valores de PASI y BSA a semana 12 (1,03 y 1,33 respectivamente). Tras 12 semanas de tratamiento con guselkumab, el 48% de los pacientes alcanzaron respuestas de PASI 100, y el 65% PASI 90. Con respecto a la seguridad, guselkumab fue bien tolerado y no se observó ningún evento adverso grave.

**Conclusiones.** El tratamiento con guselkumab demostró ser eficaz para el tratamiento de la psoriasis tanto en pacientes naïve como en pacientes previamente tratados con otros biológicos. Guselkumab fue bien tolerado y demostró un buen perfil de seguridad.

## 67. BUENA RESPUESTA A IXEKIZUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS E HIDRADENITIS SUPURATIVA

C. Carranza Romero, G. Guhl Millán, L. Campos Muñoz y E. López Bran

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.*

Paciente varón de 75 años con antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, psoriasis (PASI > 10) e hidradenitis supurativa (Hurley II). El paciente presentaba desde hacía años lesiones inflamatorias dolorosas supurativas localizadas fundamentalmente en ingles y axilas. Había sido tratado sin éxito con

antibióticos orales (tetraciclinas, rifampicina y clindamicina) y puntualmente mediante extirpación quirúrgica de fístulas y nódulos cutáneos. Además presentaba un mal control de su psoriasis que había requerido tratamiento con metotrexato, ciclosporina, fototerapia y fumaratos. Se decidió entonces iniciar tratamiento con ixekizumab, consiguiendo un control de ambas enfermedades tras 8 semanas. Hasta la fecha existen pocos casos publicados de tratamiento con ixekizumab en pacientes con hidradenitis y psoriasis. El tratamiento con agentes anti-IL-17 en psoriasis está ampliamente consolidado pero no en hidradenitis supurativa. Ixekizumab resultó ser eficaz en ambas patologías aunque son necesarios más estudios para confirmar su eficacia clínica en hidradenitis supurativa.

## 68. PSORIASIS EN PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA CON ANTICUERPOS ANTI-MDA5

A.M. González Pérez<sup>a</sup>, R. García Castro<sup>a</sup>, M. Roncero Riesco<sup>a</sup>, S. Blanco Barrios<sup>a</sup>, O. Martínez Sánchez<sup>b</sup> y C. Román Curto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

<sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. España.

Las enfermedades del tejido conectivo son un grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por alteraciones en la función o estructura de alguno de los elementos que constituyen el tejido conectivo, entre las que se encuentran la psoriasis y la dermatomiositis. La coexistencia de dos o más enfermedades inmunomediadas supone un reto diagnóstico y terapéutico. Si bien psoriasis y dermatomiositis comparten vías inflamatorias, son pocos los casos publicados en los que un paciente padezca ambas enfermedades. Debido a que las manifestaciones cutáneas de la DM pueden simular una psoriasis y viceversa, es importante tener en cuenta que ambas entidades pueden coexistir en un mismo paciente. Presentamos el caso de una paciente con dermatomiositis amiopática con anticuerpos dirigidos contra la proteína codificada por el gen asociado con la diferenciación del melanoma 5 (MDA5) que desarrolló psoriasis 2 años después del comienzo del cuadro de dermatomiositis, junto con una breve revisión de los casos publicados hasta la fecha.

## 69. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE CERTOLIZUMAB EN LA PSORIASIS EN PLACAS EN MUJERES CON DESEO GESTACIONAL: SERIE DE 5 CASOS

J. Roca Ginés, A. Sahuquillo Torralba, I. Torres Navarro, J. Sánchez Arráez, C. Abril Pérez, C. Pujol Marco y R. Botella Estrada

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.*

**Introducción.** Certolizumab es un inhibidor del TNF-alfa carente de fracción Fc en su estructura, por lo que no atraviesa la placenta ni se elimina a través de la leche materna. Esta peculiaridad lo posiciona como un posible fármaco de elección en mujeres con deseo genésico. Sin embargo, carecemos de datos sobre su efectividad en la psoriasis en placas en práctica clínica habitual.

**Objetivo.** Describir la efectividad y seguridad de certolizumab en la práctica clínica habitual a través de nuestra experiencia clínica en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia, España. Se incluyeron todas las pacientes que habían recibido al menos una dosis de certolizumab, con indicación de psoriasis en placas, con un seguimiento mínimo en práctica clínica habitual de 3 meses.

**Resultados.** Se mostrarán los resultados de efectividad de 5 casos de pacientes en tratamiento con certolizumab mediante gráficas de respuesta PASI 75, 90 y 100, así como en función del PASI absoluto alcanzado y mantenido en el tiempo. De forma secundaria se mostrarán las distribuciones de los pacientes según su edad, tiempo de inicio de la enfermedad, IMC y líneas de tratamientos previas. Las causas de discontinuación del tratamiento se dividirán en fallo primario, fallo secundario o efecto adversos.

## 70. PSORIASIS RESISTENTE A USTEKINUMAB EN PACIENTE CON OBESIDAD

I. Polo Rodríguez, S. Medina Montalvo, M. Bandini, A. Rodríguez Villa Lario, D. Vega Díez, A.B. Piteiro Bermejo y L. Trasobares Marugán

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.*

Paciente varón de 30 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo subclínico, esteatosis hepática y obesidad. Presentaba psoriasis en placas de 15 años de evolución que había hecho tratamiento con corticoides tópicos combinados con derivados de la vitamina D, ciclosporina, UVB, acitretino, todos ellos suspendidos por falta de eficacia. En 2014 comienza tratamiento con dosis estándar de adalimumab que se mantuvo con buena respuesta hasta finales de 2016. En 2017 comienza tratamiento con ustekinumab 45 mg en la pauta habitual con blanqueamiento que se mantiene hasta que el paciente aumenta de peso superando los 100 kg. Se aumentó la dosis de ustekinumab a 90 mg cada 12 semanas en abril de 2018 con mejoría inicial pero con empeoramiento progresivo, con actividad sobre todo en los márgenes de las placas y prurito en las lesiones. El paciente comenzó tratamiento con guselkumab en mayo de 2019, observándose un blanqueamiento casi completo de las lesiones al mes del inicio del tratamiento. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal subcutáneo que se une a la IL23-p19 aprobado por la FDA y la EMA para el tratamiento de la psoriasis moderada-severa en pacientes adultos. En ensayos clínicos, guselkumab produce una importante mejoría de los pacientes independientemente de la localización de las lesiones y del tipo de pacientes. Ha demostrado superioridad frente a adalimumab en los ensayos fase 3 VOYAGE 1 y VOYAGE 2 a semana 16 y 24 así como superioridad frente a secukinumab en PASI 90 a semana 48 en el ensayo ECLIPSE. Los pacientes incluidos en VOYAGE tenían un IMC medio de 30 kg/m<sup>2</sup>, al igual que nuestro paciente. Asimismo, como ocurre en nuestro caso, se ha mostrado eficaz en aquellos pacientes con respuesta incompleta a adalimumab y ustekinumab (NAVIGATE). La obesidad es una de las comorbilidades más frecuente que es relevante tanto para la salud del paciente como para la respuesta al tratamiento antipsoriásico, siendo guselkumab eficaz en pacientes obesos.

## 71. REACCIÓN ECCEMATOSA EN PACIENTES CON PSORIASIS TRATADOS CON ANTI-IL17A, SERIE DE 5 CASOS

E.J. Tarin-Vicente, L. Quintana Castanedo, K. Magaletskyy, K. Krasnovska, J.M. Busto Leis, G. Servera Negre y M.L. Alonso Pacheco

*ºServicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

Presentamos una serie de 5 pacientes con psoriasis en placas que han desarrollado reacciones eczematosas atopiformes (REA), en localizaciones anteriormente no afectadas por la psoriasis, con el empleo de fármacos anti-IL-17A (secukinumab e ixekizumab). En todos los enfermos se recogieron antecedentes personales del es-

pectro atópico. Alcanzaron el PASI 100 respecto a su psoriasis entre las semanas 8 y 24. Las REA eran muy pruriginosas y aparecieron tardíamente, cuando los pacientes llevaban entre 12 y 35 meses de tratamiento. La localización preferente fue a nivel genital y/o facial. Los exámenes directos y cultivos de hongos resultaron negativos en todos los casos. Tuvieron respuestas desiguales, en general pobres y con tendencia a la recurrencia, a las terapias ensayadas: corticoterapia e inhibidores de la calcineurina tópicos y antifúngicos tópicos y sistémicos. Aunque en los ensayos en fase III de ixekizumab se refiere la aparición de eczema hasta en un 12,1% de los pacientes tratados, hemos encontrado en la literatura muy pocos casos descritos de REA en práctica clínica, en relación con la terapia anti-IL17A. Una hipótesis patogénica sugerida para explicar la aparición de REA en pacientes tratados con anti-IL-17A podría ser un incremento de la respuesta inmune Th2, en pacientes predispuestos, tras la inhibición de la respuesta Th1 por el bloqueo de la IL-17. Creemos que las REA pueden constituir un efecto de clase aún poco descrito en la literatura.

## 73. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE USTEKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. EXPERIENCIA DE 11 AÑOS

J. Santos-Juanes<sup>a,b</sup>, S. Lobo<sup>b</sup>, A. B. Menéndez Corteguera<sup>b</sup>, M. Álvarez Barrio<sup>b</sup>, J. Aubán Parente<sup>a</sup>, L. Ordóñez<sup>c</sup>, Á. de Dios<sup>a</sup>, C. Gómez<sup>a</sup>, C. Galache<sup>a</sup> y F. Vázquez López<sup>a,b</sup>

*ºServicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. ºDepartamento de Medicina. Universidad de Oviedo. España.*

**Introducción.** La información disponible en estudios de la vida real evaluando la supervivencia del fármaco ustekinumab en pacientes con psoriasis o artritis psoriásica es limitada.

**Objetivo.** Estudiar la serie de pacientes tratados con ustekinumab en el Hospital Universitario Central de Asturias.

**Material y métodos.** Los datos de 148 pacientes en tratamiento con psoriasis moderada-severa de los últimos 10 años se han analizado de forma retrospectiva. La supervivencia se ha calculado por el método de Kaplan-Meier. Los predictores de abandono del fármaco se han evaluado por el método de regresión logística de Cox.

**Resultados.** La tasa de supervivencia a los 2 años es del 86%, a los 5 años del 69% y a los 8 años del 58%. No se encuentran diferencias según el sexo, antecedentes familiares, edad de inicio de psoriasis, obesidad, y tratamientos biológicos previos. Los pacientes con artritis presentan menor tasa de supervivencia que los pacientes sin artritis ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** En nuestra serie de pacientes la presencia de artritis afecta negativamente a la supervivencia del fármaco.

## 74. PSORIASIS PUSTULOSA PALMOPLANTAR PARADÓJICA CON BUENA RESPUESTA A USTEKINUMAB

M. Mir Bonafè, S. Gómez Díez, J. Santos-Juanes Jiménez, J. Aubán Parente, B. Gómez Vila y Á. de Dios Velázquez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. España.*

**Introducción.** Las reacciones paradójicas constituyen un grupo de reacciones adversas características de los tratamientos biológicos definidas como la aparición de novo o empeoramiento de una enfermedad inmunomediada que normalmente respondería al tratamiento que la induce. Las reacciones psoriasisiformes son frecuentes (entre el 0,6 y 5,3%) en los pacientes tratados con anti-TNF, siendo la forma más frecuente la pustulosis palmoplantar (56%), presentando diferentes formas el 15% de ellos.

**Caso clínico.** Mujer de 18 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) en marzo de 2018; inició tratamiento con adalimumab en agosto de ese mismo año con buena respuesta. En enero de 2019, desarrolló un cuadro consistente en eritema y descamación en palmas sobre las que asentaban pústulas, junto con micropápulas psoriasiformes diseminadas por todo el cuerpo con importante afectación de cuero cabelludo en forma de placas alopecicas. Se orientó el cuadro como una probable reacción paradójica a anti-TNF, por lo que se decidió cambiar el tratamiento a ustekinumab a dosis de EC, observando una gran mejoría a partir de la segunda dosis.

**Discusión y conclusiones.** Existe controversia por lo que respecta al manejo de las reacciones paradójicas. En el caso que se tratara de una reacción leve podría optarse por tratamiento específico de la misma, en la mayoría de los casos con fármacos tópicos, manteniendo el tratamiento con el inhibidor de TNF- $\alpha$ . Con este manejo se ha observado una resolución completa del cuadro en un 32,1%, aunque la opción que mostró mayor tasa de remisiones completas fue la retirada del fármaco situándose en un 47,1%. En caso de optar por sustituir el fármaco, en pacientes con EC, ustekinumab ha demostrado buen control de las manifestaciones tanto cutáneas como gastrointestinales, presentándose como el tratamiento de elección en estos pacientes.

#### 75. PSORIASIS EN PLACAS INESTABLE INDUCIDA TRAS SUSPENSIÓN DE CICLOSPORINA EN PACIENTE CON VITÍLIGO INFANTIL

J. Aubán Pariente<sup>a</sup>, C. Galache Osuna<sup>a</sup>, L. Palacios García<sup>a</sup>, Á. de Dios Velázquez<sup>a</sup> y J. Santos-Juanes Jiménez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>b</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 7 años, diagnosticada de vitiligo generalizado vulgar tratado con ciclosporina oral interrumpida hace 3 semanas por falta de eficacia, acude a revisión por una erupción ligeramente pruriginosa de predominio en tronco de una semana de evolución. No presenta antecedentes personales de otras dermatosis inflamatorias aparte del vitiligo. Su padre está diagnosticado de psoriasis en placas desde la adolescencia. Niega la toma de nuevos medicamentos previa al inicio del cuadro así como el antecedente de traumatismos previos. A la exploración física, destaca la presencia de numerosas placas eritematosas, descamativas, engrosadas, de hasta 5 cm de diámetro. Las lesiones afectan a tronco y raíz de miembros. En cuero cabelludo presenta descamación gruesa, plateada y adherente. Las mucosas, palmas, plantas y uñas estaban respetadas. Se diagnosticó de psoriasis en placas moderada-grave, y se optó por tratamiento con fototerapia con luz ultravioleta B de banda estrecha, corticoides tópicos de potencia intermedia y baños con coaltar saponinado. Las lesiones remitieron al mes y medio de seguimiento.

**Discusión.** Comunicamos el caso de una paciente de 7 años con vitiligo en tratamiento con ciclosporina que, al suspenderla, desarrolla un brote de psoriasis en placas. Discutimos la posible actuación de la ciclosporina como desencadenante y la buena respuesta al tratamiento con fototerapia.

#### 76. SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA-SEVERA

B. Aranegui Arteaga

Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid. España.

**Objetivo.** Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento con secukinumab en nuestro centro.

**Material.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados con secukinumab actual o anteriormente, registrando sus datos clínicos y demográficos, pauta empleada, eventos adversos y motivo de suspensión.

**Resultados.** Dieciséis pacientes han sido tratados con secukinumab en nuestro centro. Todos los pacientes habían estado expuestos previamente al menos a un tratamiento biológico. El paciente más antiguo mantiene el tratamiento desde enero de 2016. El paciente más reciente comenzó el tratamiento en octubre de 2019. De los 16 pacientes, 5 presentaban artropatía psoriásica asociada (31,25%). Todos los pacientes se trataron en la fase de inducción según la pauta aprobada en ficha técnica. En la fase de mantenimiento, la frecuencia de administración fue optimizada en 4 de los pacientes, administrándose secukinumab 300 mg cada 5 semanas en 2 casos y cada 6 semanas en otros 2 casos. Entre los efectos adversos registrados, destaca un caso de colitis pseudomembranosa por *C. difficile* y un caso de colitis linfocitaria (en la misma paciente). Secukinumab fue suspendido a 2 pacientes, en un caso por pérdida de eficacia y en otro por efectos adversos (colitis linfocítica secundaria).

**Conclusiones.** Secukinumab presenta un buen perfil de eficacia y seguridad para el tratamiento de los pacientes con psoriasis moderada-severa.

#### 77. CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON PSORIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Conde Taboada, L. Campos, E. González Guerra, A. Fueyo, C. Carranza y E. López Bran

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Los pacientes con psoriasis presentan tasas de obesidad superiores a la población general. El descenso de peso mediante dieta y ejercicio mejora la afectación cutánea, así como la respuesta a los tratamientos. Presentamos el caso de una paciente mujer de 43 años de edad, con psoriasis y artritis psoriásica de larga evolución. Presentaba IMC de 44 (talla 170 cm, peso 132 kg). La paciente había recibido en el pasado sistémicos clásicos, etanercept, infliximab, y ustekinumab, todos ellos combinados con metotrexato subcutáneo. En el último año se mantenía con adalimumab a dosis de 40 mg/semana y metotrexato 20 mg semanal; con esta combinación presentaba PASI entre 6 y 8 con buena respuesta articular. En septiembre de 2018 se sometió a cirugía bariátrica mediante la técnica de gastrectomía en manga. La intervención y el postoperatorio transcurrieron sin complicaciones. En este periodo (sin tratamiento) se produjo un empeoramiento gradual, presentando 2 semanas tras la cirugía PASI 16,5. Se reintrodujo adalimumab a dosis de ficha técnica y se asoció metotrexato a dosis de 15 mg/semana. Con esta pauta se obtuvo un PASI a las 16 semanas de 4,8. Un año después de la cirugía se ha producido una pérdida ponderal del 24% (peso 91,3 kg, IMC 31); la psoriasis y la artritis psoriásica han empeorado gradualmente en los últimos meses, precisando intensificación a dosis de adalimumab 40 mg cada 10 días y metotrexato 20 mg/semana subcutáneo. Existen datos que apoyan la mejoría de los pacientes de psoriasis tras cirugía bariátrica. Las series y estudios de mayor entidad parecen indicar que existe una cierta disparidad entre las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas. La realización de bypass gástrico parece presentar mejores resultados con respecto a la mejoría de la psoriasis, independientemente del descenso de peso logrado. La colocación de banda gástrica no logra mejorías significativas en la afectación cutánea. Presentamos un caso en el cual la cirugía bariátrica (mediante gastrectomía en banda) logró una mejoría parcial. El dermatólogo y/o el reumatólogo deberían colaborar con los cirujanos digestivos en la selección de la técnica quirúrgica más adecuada en estos casos.

## 78. MANEJO DE LOS EFECTOS ADVERSOS DE APREMILAST DESDE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

L. Salgado-Boquete<sup>a</sup>, E. Daudén<sup>b</sup>, E. Beltrán<sup>c</sup>, C. Blasco<sup>d</sup>, M.C. Herrero<sup>e</sup>, A. Jiménez<sup>f</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>g</sup>, M.D. Martín-Arranz<sup>h</sup>, A.G. Merino<sup>i</sup>, J. Porta<sup>j</sup>, M.A. Rodríguez<sup>k</sup>, J. Rosas<sup>l</sup>, E. Trujillo<sup>m</sup> y J. Alonso<sup>n</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario. Pontevedra. <sup>b</sup>Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Parc Salut del Mar. Barcelona. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>e</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>f</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>g</sup>Unidad de EII-CEIMI-Servicio Aparato Digestivo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>h</sup>Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>i</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>j</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>k</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Sección Reumatología. <sup>l</sup>Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. <sup>m</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria. <sup>n</sup>Hospital Universitario de Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Objetivo.** Elaborar unas recomendaciones prácticas para el manejo de los efectos adversos más frecuentes de apremilast.

**Material y métodos.** Un equipo multidisciplinar de 14 profesionales sanitarios (incluyendo dermatólogos, reumatólogos, neurólogos, gastroenterólogos, farmacéuticos y enfermeras) elaboró tras revisión de la literatura y análisis de su experiencia en práctica clínica un algoritmo para el manejo de los efectos adversos más frecuentes de apremilast.

**Resultados.** Se han elaborado una serie de recomendaciones generales y específicas (basadas en la fisiopatología) para el manejo de la diarrea, las náuseas y la cefalea secundarias a apremilast. Se aportan algoritmos sencillos de manejo que incluyen aspectos clínicos de evaluación y recomendaciones de tratamiento farmacológico.

**Conclusiones.** Los efectos adversos de apremilast pueden ser abordados desde un punto de vista multidisciplinar y la optimización en su manejo pretende proporcionar un beneficio clínico a los pacientes que los sufren.

## 79. PSORIASIS PUSTULOSA TRATADA CON GUSELKUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Chiloeches Fernández, L. Quintana Castanedo, A. Nuño González y P. Herranz Pinto

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** La psoriasis pustulosa (PP) es una variante infrecuente de psoriasis de difícil manejo. Las terapias clásicas siguen siendo de primera línea para estos pacientes, aunque cada vez es mayor el papel que desempeñan los fármacos biológicos en su tratamiento. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal frente a IL-23 que actúa inhibiendo a los linfocitos Th-17 helper y la producción de IL-17A, ambos implicados en la patogenia de la psoriasis.

**Caso clínico.** Varón de 78 años con antecedentes médicos de HTA y dislipidemia derivado a consultas de dermatología por lesiones de aparición brusca sin claro desencadenante. A la exploración presentaba placas eritematosas de morfología anular con pústulas superficiales y onicolisis en manos y pies. El estudio histológico confirmó que se trataba de una PP. Se inició tratamiento con acitretino 25 mg/día durante 3 meses sin respuesta, posteriormente sustituido por metotrexato 15 mg/semanales que se suspendió por mala tolerancia. Tras 4 meses de tratamiento con ustekinumab se realizó switch a guselkumab por brote de lesiones cutáneas y persistencia

de la onicopatía, observándose en el segundo mes de tratamiento con guselkumab resolución completa de la onicolisis y aclaramiento de las lesiones cutáneas.

**Discusión y conclusiones.** La PP es una variante de psoriasis que puede presentarse de forma aguda o crónica como un brote de lesiones pustulosas generalizadas o localizadas. Aparece con mayor frecuencia en adultos, con o sin diagnóstico previo de psoriasis vulgar. Se trata de una entidad de difícil manejo debido a la falta de protocolos estandarizados y, por otro lado, se ha visto que en la patogenia de esta enfermedad actúan otros mecanismos diferentes a la psoriasis vulgar que la hacen más resistente a los fármacos convencionales. El tratamiento clásico se basa en el acitretino, el metotrexato y la ciclosporina. Más tarde se ha demostrado que los inhibidores del TNF alfa y los fármacos anti-IL-17 pueden ser una opción eficaz. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal que actúa inhibiendo la IL-23 de forma selectiva lo que conlleva una disminución de la producción de IL-17A, IL-22 y TNF alfa a través de la regulación de los linfocitos Th 17 helper. En la PP se ha detectado gran cantidad de linfocitos Th17 y del IL 17a, por lo que, guselkumab puede presentarse como un tratamiento eficaz.

## 80. ESTUDIO PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE PACIENTES TRATADOS CON APREMILAST

E. de Eusebio Murillo, P. Cobo Rodríguez, J. Martínez Mariscal, I. Checa Recio, P. González Muñoz, A. Martín Fuentes, C. Sánchez Herreros y A. Vergara Sánchez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario. Guadalajara. España.*

**Introducción.** Apremilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 (PDE4) aprobado por la EMA desde 2016 para el tratamiento de psoriasis moderada o severa, o en pacientes con contraindicación para otras terapias sistémicas. Las especiales características de este fármaco como la administración vía oral, posibilidad de asociarlo con otras terapias, utilidad en localizaciones especiales hacen que su manejo difiera tanto de las terapias sistémicas clásicas como de los tratamientos biológicos. Los datos de los ensayos clínicos no siempre coinciden con los de la práctica clínica real. Recientemente se han publicado series de pacientes de práctica clínica real con resultados de eficacia y supervivencia que difieren de los ensayos clínicos.

**Objetivos.** Analizar los resultados de eficacia y supervivencia de apremilast en la práctica clínica y determinar el perfil de paciente donde presenta superioridad a otras opciones terapéuticas. Se realiza un estudio retrospectivo observacional de los pacientes diagnosticados de psoriasis y tratados con apremilast en el hospital Universitario de Guadalajara de septiembre de 2016 a septiembre de 2019. Se analizan los datos demográficos, comorbilidades, respuesta al tratamiento, efectos adversos y supervivencia del fármaco.

**Resultados.** Se recogieron 48 pacientes, que corresponden a los pacientes que comenzaron apremilast para psoriasis, pautado por el servicio de Dermatología, desde septiembre de 2016 hasta septiembre de 2019. El 98% habían realizado 2 o más tratamientos sistémicos y/o biológicos previos. El 55% presentaba psoriasis en localizaciones especiales como principal diagnóstico. El 4,95% presentaba antecedentes de neoplasias en los 2 últimos años. La eficacia y supervivencia del fármaco fueron similares a las de las series de práctica clínica real y ligeramente diferentes a las de los ensayos clínicos. Los efectos adversos fueron similares a los descritos en los ensayos clínicos.

**Conclusiones.** En nuestra serie apremilast ha presentado una eficacia similar a sistémicos en psoriasis en placas con mejor perfil de seguridad. Además en los pacientes con psoriasis en localizaciones especiales la eficacia es superior a sistémicos y similar o superior a biológicos.

### 81. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES CLÍNICAS EN LOS MESES DE PERSISTENCIA AL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Membrive Jiménez, C. Pérez Ramírez, L. Gozalo Álvarez, M.M. Maldonado y A. Jiménez Morales

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Objetivo.** La incidencia de la psoriasis en España se sitúa en torno al 2% y aunque la artritis psoriásica no es tan prevalente, afecta gravemente la calidad de vida. Los profesionales sanitarios somos conscientes de ello y actualmente existe una amplia gama de tratamientos, entre los que destacan los anticuerpos biológicos. En este estudio se ha determinado la influencia de variables clínicas y sociodemográficas en los meses de persistencia con ustekinumab (Utk) en pacientes con psoriasis, artritis psoriásica o en el desarrollo de ambas patologías.

**Material.** En 47 pacientes se ha estudiado la línea de tratamiento en la que se empleó Utk, los meses de tratamiento, la combinación con metotrexato, la adherencia y la respuesta al tratamiento.

**Resultados.** La media de edad de los pacientes fue 46 años (48,94% mayores de 46 años), de los cuales 42,55% hombres (20/47), el 61,7% padecían psoriasis (29/47), el 10,64% (5/47) solo artritis psoriásica y el 27,66% (13/47) psoriasis y además desarrollaron artropatía psoriásica. Tan solo no fueron adherentes el 6,38% (3/47). El 78,72% de los pacientes no utilizó metotrexato como adyuvante. La mayoría continua con Utk de forma segura y efectiva, mientras que en 8,51% se retiró el fármaco por toxicidad y en el 12,77% por ineficacia (6/47). Tras realizar el análisis bivalente de los datos clínicos y sociodemográficos se encontró asociación entre el uso de metotrexato como terapia adyuvante y una mayor persistencia ( $p = 0,0363$  con Fisher). Pero no se pudo confirmar con RR. Para evaluar la influencia del número de línea en el que se empleó Utk con la persistencia a dicho tratamiento en función de la patología del paciente, se realizó un análisis bivalente. Sin embargo, no se encontraron resultados estadísticamente significativos.

**Conclusiones.** En conclusión, la combinación de Utk con metotrexato aumenta la persistencia de dicho fármaco, por lo tanto incrementa su uso de forma segura y efectiva.

### 82. REACCIONES ECZEMATOSAS EN EL CONTEXTO DE TRATAMIENTO ANTI-IL-17: UN EFECTO ADVERSO EN ALZA

A. Sánchez-Velázquez, A. López-Valle, H. Muñoz-González, J.L. Rodríguez Peralto, C. García Donoso y R. Rivera Díaz

*Servicio de Dermatología y Anatomía Patológica. Hospital 12 Octubre. Madrid. España.*

Los inhibidores de la IL-17 son fármacos de reciente introducción para el tratamiento de la psoriasis, por lo que sus efectos adversos no son completamente conocidos. Presentamos dos pacientes con psoriasis sin antecedentes de alergia o dermatitis atópica que, estando en tratamiento con ixekizumab y secukinumab respectivamente, desarrollaron lesiones eczematosas impetiginizadas, uno de ellos con confirmación histológica y microbiológica. La aparición de reacciones eczematosas en pacientes que reciben tratamientos biológicos se ha descrito con terapia anti-TNF y anti-IL-12/23. No obstante, se están empezando a reportar casos en pacientes con inhibidores de IL-17. Se postula que el mecanismo por el que se producirían sería un cambio en el perfil de linfocitos T cooperadores de Th1 (predominante en psoriasis) a Th2 (preferente en eczema). Por otro lado, la IL-17 es responsable de la activación de neutrófilos y aumenta la expresión de los péptidos antimicrobianos derivados de los queratinocitos implicados en la defensa frente a *Candida* e infecciones bacterianas como *S. aureus*, por lo que inhibirla podría explicar una mayor predisposición a infecciones de este

tipo. Se ha propuesto que la historia personal de dermatitis atópica podría ser un factor predisponente para el desarrollo de reacciones eczematosas y que la presencia de *S. aureus* en sí mismo podría inducir el desarrollo de eczemas. Presentamos dos pacientes con lesiones eczematosas en contexto de terapia anti-IL-17; esta reacción adversa está poco descrita y podría corresponder a un efecto de clase de esta familia de fármacos. No obstante, serían necesarios estudios de estas reacciones para poder establecer su frecuencia y manejo.

### 83. PAUTAS DE INTENSIFICACIÓN EN PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB

J. Torre-Castro, C. Moya-Martínez, L. Núñez Hipólito y M.C. Fariña Sabaris

*Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

El secukinumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano que bloquea la interleuquina 17-A (IL 17-A), la cual desempeña un papel fundamental en la patogenia de la psoriasis. La pauta aprobada y recogida en ficha técnica durante la etapa de mantenimiento del fármaco es de 300 mg cada 4 semanas. Sin embargo, la intensificación de esta pauta puede ser beneficiosa en determinados pacientes que no logren controlar sus lesiones cutáneas con la posología estándar y en los que otras terapias clásicas o biológicas hayan fracasado o no estén indicadas. Presentamos 3 pacientes en tratamiento con secukinumab que se beneficiaron de una pauta de administración de 300 mg cada 3 semanas.

### 84. EXPERIENCIA CON SECUKINUMAB CON PACIENTES NAÏVE. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DURANTE 6 AÑOS

S. Santos Alarcón<sup>a,b</sup>, E. Sánchez Martínez<sup>a</sup>, M. Sáez Belló<sup>a</sup>, V. González Delgado<sup>b</sup>, F. Messeguer Badía<sup>b</sup>, A. Agustí Mejías<sup>b</sup>, M.A. Martínez Ferrer<sup>c</sup> y A. Mateu Puchades<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia, <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** Secukinumab es un anticuerpo monoclonal recombinante, íntegramente humano, selectivo a la interleuquina 17A, con indicación para psoriasis moderada-grave.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio observación de práctica clínica habitual es describir resultados de efectividad y seguridad, en pacientes naïve. Se analizaron pacientes naïve que recibieron dicho fármaco.

**Material.** Se analizaron 49 pacientes, atendiendo a variables demográficas, de su historia natural y tipo de psoriasis, comorbilidades, efectividad de tratamiento y seguridad tanto a corto como a largo plazo, hasta periodo de seguimiento máximo de paciente. Se analizó la respuesta mantenida de secukinumab a lo largo del seguimiento.

**Resultados.** Se describen gráficas en el trabajo, sobre variables demográficas, historia natural y tipo de psoriasis, comorbilidades, analizando la efectividad de tratamiento y seguridad tanto a corto como a largo plazo. Se analizó a la semana 60 de tratamiento, en un total de 31 pacientes, las respuesta PASI 75, PASI 90, PASI 100 obtenidas, así como el porcentaje de pacientes con PASI absoluto menor o igual a 1, a 2, a 3, y a 5. Además, se siguió a los pacientes, y se analizó el mantenimiento de dichos valores de PASI absoluto; si los pacientes en cualquier momento del seguimiento presentaban un PASI mayor a dichos valores, se contabilizaba como que no mantenía dicha respuesta.



**Conclusiones.** Secukinumab presenta una buena alternativa tanto en efectividad, como en seguridad, a corto y largo plazo, en pacientes naïve.

### 85. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA. RESPUESTA A ANTI-IL-17

C. Pujol<sup>a</sup>, J. Roca<sup>a</sup>, A. Sahuquillo<sup>a</sup>, L. González<sup>b</sup>, V. Martínez<sup>c</sup> y R. Botella<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Reumatología. <sup>c</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Presentamos un paciente de 69 años con psoriasis desde hace más de 25 años. Como antecedentes remarcables: artritis psoriásica, neoplasia de vejiga, diabetes, HTA, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, cirrosis hepática. En control en nuestras consultas desde hace años. Había llevado como tratamientos previos arava, adalimumab, metotrexato. Acude con brote de psoriasis pustulosa generalizada en el curso de descenso de metotrexato por diagnóstico de cirrosis hepática de causa mixta (psoriasis, mtx, DM, DL, HTA). En este momento no hay clínica articular. En la exploración presenta brote de lesiones cutáneas generalizadas con placas eritematosas de borde pustuloso y otras de borde descamativo, con afectación predominante de tronco y extremidades. Asocia edemas tibiotalares y afectación del estado general. PASI 40, BSA 75, PGA 6, DLQI 25. De común acuerdo con Reumatología se decide tratamiento con ixekizumab a dosis habitual, con una rápida respuesta clínica. La visita a los 7 días muestra una mejoría clara del brote cutáneo con evolución positiva del estado general y detención de la progresión de las lesiones. La biopsia cutánea es compatible con el diagnóstico de psoriasis pustulosa. Revisamos la evidencia científica de los diferentes tratamientos de la psoriasis pustulosa generalizada. El tratamiento se basaba en ciclosporina o anti-TNF, sobre todo infliximab, con buenas respuestas. Han aparecido varias series de pacientes con buena evolución tras anti-IL 17 y anti-IL 23.

### 86. EFICACIA DE SECUKINUMAB EN PUSTULOSIS PALMOPLANTAR ASOCIADA A ARTRITIS PSORIÁSICA: COMUNICACIÓN DE DOS CASOS

C. Abril-Pérez<sup>a</sup>, A.J. Sahuquillo-Torralba<sup>a</sup>, I. Torres-Navarro<sup>a</sup>, J. Roca-Ginés<sup>a</sup>, J. Sánchez-Arráez<sup>a</sup>, C. Pujol-Marco<sup>a</sup> y R. Botella-Estrada<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. <sup>b</sup>Universidad de Valencia. Facultad de Medicina. Valencia. España.

Presentamos los casos de dos pacientes tratadas con secukinumab, ambas afectas de psoriasis palmoplantar asociada a artritis psoriásica, una en forma de entesitis y otra en forma de sacroileitis y ambas con IGA 4 al inicio del tratamiento. En ambos casos se consiguió respuesta al tratamiento, alcanzando IGA 0 en uno de los casos e IGA 2 en otro, que mantienen tras 18 meses de tratamiento, incluyendo la eliminación de la clínica articular. En nuestros pacientes, la inhibición de la IL-17 con un fármaco dirigido como es secukinumab se muestra útil en el tratamiento de la psoriasis palmoplantar, inclusive si se asocia a artritis psoriásica.

### 87. ARTERITIS DE TAKAYASU Y PSORIASIS: TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

A. Giacaman<sup>a</sup>, J. Boix-Vilanova<sup>a</sup>, D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, M.C. Mir Perelló<sup>b</sup> y A. Martín-Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. <sup>b</sup>Departamento de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitari Son Espases. Mallorca. España.

**Introducción.** La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos. **Caso.** Niña con antecedentes familiares de psoriasis. Diagnosticada de AT a los 4 años de edad, que requirió uso de inmunosupresores, antihipertensivos y tratamiento quirúrgico por afectación sistémica grave. Durante el tratamiento con micofenolato mofetilo evolucionó con placas de psoriasis en cuero cabelludo, cejas y orejas con gran afectación en la calidad de vida y escasa respuesta a tratamientos tópicos. Dado el difícil manejo y las complicaciones sistémicas de la AT asociadas a placas de psoriasis, se decidió agregar tratamiento con ustekinumab 45 mg. Al año de seguimiento la paciente ha evolucionado de manera favorable, con estabilidad clínica de la AT y brotes de descamación leve en cuero cabelludo que logra controlar con tratamiento tópico.

**Discusión.** La IL12 participa en la etiopatogenia tanto de la AT como de la psoriasis, por lo que ustekinumab es una alternativa a tener en cuenta en pacientes que presenten ambas patologías.

### 88. SECUKINUMAB, A COMPLETE APPROACH OF PSORIATIC PATIENTS - REAL WORLD EVIDENCE

P. Ferreira y P. Mendes Bastos

*Consulta de Psoríase. Hospital CUF Descobertas. Lisboa. Portugal.*

**Objective.** To characterize a real-world population treated with secukinumab in a Psoriasis Clinic in Lisboa.

**Material and methods.** Single center retrospective study. All psoriatic patients that started secukinumab were evaluated.

**Results.** Sixty-six patients were included with a mean absolute PASI at baseline of  $20.1 \pm 12.2$  and a percentage of BSA of  $27.4 \pm 16.0$ . Sixty-six percent of patients had a diagnosis of psoriasis for more than 10 years and approximately 35% had a confirmed diagnosis of psoriatic arthritis. After starting secukinumab, approximately 60% reached PASI75 at week 4 and 80% reached PASI90 at week 16. PASI90 and PASI100 response, once reached, was maintained during 2 years in 83.3% and 66.6% of patients, respectively. Drug survival was 91% after 2 years of treatment. The percentage of BSA also decreased significantly at week 4.

**Conclusions.** Our results show that therapy with secukinumab has a favorable impact demonstrated by the rapid efficacy and drug survival over 2 years.

### 89. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA CON APREMILAST

A. Romero Maté, C. Horcajada Reales, T. Kueder Pajares y E. Esteban Garrido

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.*

**Introducción.** Apremilast es una molécula pequeña con indicación para el tratamiento de la psoriasis en placas. El posicionamiento terapéutico es el de la enfermedad moderada. En ensayos clínicos, la tasa de respuesta PASI 75 se sitúa en torno al 30% de los pacientes, y PASI 50 en cerca del 55% de los pacientes.

**Objetivo.** Describir la clínica y la respuesta de los pacientes tratados en nuestro hospital y comparar resultados con los descritos en los ensayos clínicos.

**Material.** Se revisan las historias clínicas de todos los pacientes con enfermedad psoriásica del hospital tratados con apremilast. Se recogen los diagnósticos, localizaciones especiales (cuero cabelludo, uñas, invertido), el tiempo de tratamiento, la evolución y respuesta, y la causa de la suspensión si se hubiera producido.

**Resultados.** Once pacientes han sido tratados con apremilast para psoriasis en placas, con o sin localización especial asociada, 4 pacientes con psoriasis palmoplantar y 6 pacientes con artritis psoriásica.

**Conclusiones.** Se comentan las variables clínicas recogidas y se compara con la literatura disponible.

## 90. PSORIASIS INDUCIDA POR FÁRMACOS INHIBIDORES DEL CHECKPOINT

H. Muñoz-González, B. Pinilla-Martín, A. Sánchez-Velázquez, A. Calleja-Algarra, V. Velasco-Tamariz, C. García-Donoso y R. Rivera-Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España.*

La inmunoterapia ha supuesto una revolución en el abordaje de la patología oncológica. Consecuencia de la activación del sistema inmune se producen efectos secundarios en todos los órganos y sistemas del organismo, incluyendo la piel. Estas reacciones adversas a menudo presentan un sustrato autoinmune. A nivel cutáneo se han descrito múltiples tipos de reacciones. La exacerbación de una psoriasis preexistente ha sido descrita, probablemente como consecuencia de un mecanismo inmunomediado. Presentamos una serie de pacientes en tratamiento con fármacos inhibidores del checkpoint que han desarrollado brotes de psoriasis, analizando las características de los mismos. Nuestra serie incluye un total de 7 pacientes (5 varones y 2 mujeres) con enfermedad oncológica avanzada de distinto origen, tratados con diferentes anticuerpos monoclonales dirigidos contra los receptores de membrana PD-1 y PD-L1. Cuatro pacientes tenían antecedentes personales de psoriasis y uno de dermatitis seborreica. El espectro de gravedad del cuadro cutáneo desarrollado varió entre psoriasis leve hasta cuadros graves, incluyendo un caso de psoriasis pustulosa y 3 con importante afectación palmoplantar. Tres pacientes recibieron acitretino como tratamiento sistémico; todos ellos tenían antecedentes personales de psoriasis. La paciente con psoriasis pustulosa requirió asociar un fármaco biológico, un inhibidor de la interleuquina 23 (IL-23) (guselkumab). Todos los pacientes consiguieron un control parcial o completo de su enfermedad con las medidas terapéuticas pautadas. El tratamiento con inmunoterapia solo fue suspendido en un paciente en relación con el cuadro cutáneo por parte de oncología. Presentamos una serie de 7 pacientes con psoriasis en relación con fármacos inhibidores del checkpoint. La presencia de antecedentes personales de psoriasis parece desempeñar un papel en el desarrollo de la misma como efecto adverso y condicionando formas más graves. Se pueden utilizar distintas alternativas terapéuticas, incluyendo tratamientos tópicos y sistémicos como el acitretino. En algunos pacientes con formas graves de psoriasis puede ser necesario emplear fármacos biológicos selectivos inhibidores de interleuquinas como IL-23 o IL-17.

## 91. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA PEDIÁTRICA TRATADA CON BIOLÓGICOS

R. Fornons Servent<sup>a</sup>, C. Prat Torres<sup>a</sup>, S. Podlipnik<sup>a</sup>, E. Baselga Torres<sup>a</sup>, J.I. Arostegui Gorospe<sup>a</sup> y A. Vicente Villa<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Sección de Dermatología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona. España.*

**Introducción.** La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una forma infrecuente de psoriasis infantil potencialmente muy grave que habitualmente requiere tratamiento sistémico, suponiendo un reto terapéutico dada la escasez de ensayos clínicos controlados y de

guías estandarizadas en población pediátrica. A diferencia de la psoriasis vulgar, existe escasa literatura sobre el uso de tratamientos biológicos en la PPG infantil. Describimos 2 casos de PPG en tratamiento biológico.

**Casos.** El primer caso es un varón de 19 años, argelino, hijo de padres sanos consanguíneos y con historia familiar de psoriasis. Diagnosticado de PPG a los 2 meses de vida, presentaba brotes de frecuencia variable, sin claros factores desencadenantes, requiriendo ingreso hospitalario en diversas ocasiones. Dado el inicio temprano de la enfermedad y el curso grave, se sospechó una deficiencia del antagonista del receptor de IL-36, objetivándose en el estudio de genética molecular la presencia de una mutación homocigota del gen IL36RN. Durante el curso de su enfermedad el paciente recibió tratamiento sistémico con retinoides, ciclosporina A, metotrexato y corticoides orales que se interrumpieron por falta de respuesta o por aparición de efectos adversos. Se inició tratamiento con etanercept, consiguiendo una remisión completa y el paciente aún mantiene la respuesta después de 5 años de seguimiento. El segundo caso es un varón de 10 años, hijo de padres consanguíneos sin antecedentes familiares de psoriasis, que también fue diagnosticado de PPG a los 2 meses de vida. Ha realizado tratamiento con corticoides tópicos y orales, fototerapia, retinoides y ciclosporina A, que se retiraron por mal control de la enfermedad o efectos adversos. Presentaba brotes periódicos sin claro factor desencadenante, pero en alguna ocasión en relación con una infección intercurrente, requiriendo múltiples ingresos hospitalarios. Se realizó estudio genético que no identificó mutaciones relacionadas con la enfermedad. En agosto de 2019 se inició tratamiento con adalimumab con muy buena respuesta, que se ha mantenido hasta la actualidad.

**Discusión y conclusiones.** La PPG pediátrica es una enfermedad potencialmente grave, en la que se ha descrito respuesta a tratamientos biológicos de la familia anti-TNF, anti-IL12/23, anti-IL17 y anti-IL1. Presentamos 2 casos de PPG pediátrica, uno de ellos asociado a deficiencia del antagonista del receptor de IL-36, con muy buena respuesta a 2 fármacos anti-TNF diferentes. Uno de los casos con respuesta mantenida después de 5 años de seguimiento. Por tanto, estos fármacos biológicos son una opción a tener en cuenta en el tratamiento de la PPG pediátrica. Actualmente está en estudio un nuevo fármaco que actúa en la vía de la IL-36. Se requieren más estudios para la validación de estos tratamientos en la PPG pediátrica.

## 92. PSORIASIS Y ENFERMEDAD AMPOLLOSA AUTOIMMUNE

D. Ramos Rodríguez<sup>a</sup>, I. Gracia-Darder<sup>a</sup>, J. Boix-Vilanova<sup>a</sup>, A. Giacaman<sup>a</sup>, C. Saus Sarria<sup>b</sup> y J. Escalas Taberner<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Son Espases. Palma. Illes Balears. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad sistémica crónica asociada a numerosas comorbilidades. Además se ha relacionado con diferentes enfermedades autoinmunes como el vitíligo o las enfermedades ampollas autoinmunes.

**Objetivo.** Presentar 2 pacientes con diagnóstico de psoriasis que durante el seguimiento y en tratamiento sistémico han desarrollado una enfermedad ampollosa autoinmune. Se revisa esta asociación, su posible etiología o fisiopatología común y el tratamiento.

**Discusión.** La asociación de la psoriasis y el penfigoide ampolloso (PA) es conocida, pero no está clara su etiología. Se han propuesto diferentes teorías para explicar esta relación, como el epitope-spreading. Presentamos un paciente con antecedentes de psoriasis, en tratamiento con fototerapia que presento un PA. Por otro lado, la asociación de la psoriasis y la dermatosis IgA lineal es infrecuente. Presentamos el cuarto caso descrito en la literatura, así como su posible relación con fármacos sistémicos utilizados en el tratamiento de la psoriasis.

### 93. PSORIASIS PARADÓJICA INDUCIDA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-TNF $\alpha$ EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.P. Caminos, C. Pérez Ramírez, C. Membrive Jiménez, M.M. Maldonado Montora<sup>a</sup> y A. Jiménez Morales

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción.** La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por la inflamación transmural crónica del tracto gastrointestinal. El factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) forma parte de los mecanismos patogénicos de la EC. Infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) actúan impidiendo la unión del TNF $\alpha$  a su receptor, por lo que constituyen opciones terapéuticas. Entre los efectos adversos de los mismos, la generación de psoriasis o lesiones psoriasiformes posee una frecuencia de < 1-2% para IFX y 3-4% para ADA. Con respecto al manejo de lesiones, en los casos leves se pueden usar tratamientos tópicos sin la suspensión del anticuerpo anti-TNF $\alpha$ . Sin embargo, en casos graves se recomienda suspender el fármaco. En este contexto, ustekinumab (UTK) es una opción que ha demostrado ser efectiva para tratar ambas patologías.

**Caso clínico.** Paciente femenina de 39 años de edad con EC. Febrero 2017: inició IFX 5 mg/kg IV cada 8 semanas. Octubre 2017: EC controlada, sin embargo comenzó a padecer sequedad cutánea y descamación de piel en cara, escote y cuero cabelludo con alopecia. Se le diagnosticó psoriasis y se pautó un tratamiento tópico. Mayo 2018: sin mejoría; se suspendió IFX y se reemplazó por ADA 40 mg cada 7-14 días SC. Julio 2018: empeoramiento de su psoriasis; se suspendió ADA y se inició azatioprina 50 mg/día vía oral. Diciembre 2018: aún persistían las lesiones y retornó la sintomatología de su EC; se inició UTK 90 mg SC cada 8 semanas. Mayo 2019: control de ambas patologías.

**Discusión.** Tanto la forma de presentación de la reacción adversa medicamentosa (RAM) como la manera en la que se trataron las lesiones y la posterior mejoría tras la suspensión del anticuerpo anti-TNF $\alpha$  y tratamiento con UTK, coinciden con la literatura. La RAM fue registrada en la historia clínica y el servicio de Farmacia accedió a la misma para la realización del algoritmo de Naranjo, el cual arrojó un resultado de 6: probable. Finalmente se efectuó el reporte al Centro Andaluz de Farmacovigilancia.

**Conclusión.** El ejercicio de reportar RAM debe ser puesto en práctica de forma rutinaria por parte de todos los miembros del equipo de salud y no solo en el ámbito hospitalario, ya que se tiende a la subnotificación, lo que nos aleja de valores más reales de incidencia. Precisamente, este efecto adverso no posee una elevada incidencia, pero habría que evaluar el grado de subnotificación que presenta.

### 94. ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA ISS (ITCH SEVERITY SCALE) PARA LA VALORACIÓN DEL PRURITO EN PACIENTES PSORIÁSICOS

L. García Fernández<sup>a</sup>, I. Belinchón Romero<sup>b</sup> y J.M. Ramos Rincón<sup>c</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario de San Juan. <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad eritematodescamativa que produce prurito en la mayoría de los pacientes. Hasta el momento la respuesta al tratamiento se ha medido mediante los signos físicos valorados por el médico; pero la experiencia sintomática de los pacientes y su percepción de la enfermedad valorados mediante los Patient Reported Outcomes (PRO) están cobrando más y más importancia.

**Objetivo.** Estudiar las propiedades psicométricas de una escala de valoración del prurito, la ISS, para el estudio de este síntoma en pacientes con psoriasis.

**Metodología.** Estudio transversal realizado en pacientes con psoriasis moderada-grave diagnosticados en el HGU de Elda. Además de los criterios de gravedad clásicos, a los pacientes se les pasó la escala visual analógica de prurito (EVA) y la ISS. Se realizó un estudio de fiabilidad de la escala ISS mediante el estadístico alfa de Cronbach, un análisis factorial para estudiar su validez de constructo y un estudio de correlación para analizar la validez interna.

**Resultados.** La escala ISS se mostró fiable en la valoración del prurito, con un valor alfa de 0,819. El análisis factorial agrupó los distintos ítems de la escala en 2 componentes (unos relacionados con la dimensión sensorial y otros con la afectiva), confirmando la multidimensionalidad de la escala. La correlación con la EVA de prurito fue elevada y significativa (coeficiente de correlación de Pearson 0,696 ( $p < 0,001$ )). No se encontró correlación con el PASI, BSA ni PGA, pero sí con el DLQI (coeficiente de correlación de Pearson = 0,707;  $p < 0,001$ ).

**Conclusión.** La escala ISS es válida y fiable para la valoración de la gravedad del prurito en pacientes con psoriasis. Su puntuación no se correlaciona con los criterios clínicos de gravedad pero sí con la afectación de la calidad de vida.

### 95. TRATAMIENTO COMBINADO DE APREMILAST Y BIOLÓGICO COMO UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN UNA ESTRATEGIA STEP-UP EN LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

R. Aragón Miguel<sup>a</sup>, I. Martín González<sup>a</sup>, I. Alonso García<sup>a</sup>, O. González Valle<sup>a</sup> y Á. Aragón Díez<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.*

**Introducción.** El tratamiento integral de la artritis psoriásica (APs) y la psoriasis incluye el control de la afectación cutánea, y uñas, artritis, entesitis, dactilitis y la afectación axial. Para abordar esta complejidad, es importante identificar la actividad de la enfermedad en cada uno de sus dominios. Si bien la monoterapia con agentes biológicos es efectiva para muchos pacientes con psoriasis y APs, algunos enfermos con enfermedad más agresiva pueden no obtener un adecuado control de su actividad con el tratamiento estándar y requerir terapias combinadas. El dominio más afectado determina las opciones de tratamiento, y es muy común que un paciente tenga varios dominios y cada dominio está regulado por una citocina diferente. Lo más aceptado en la práctica clínica habitual es la combinación de tratamiento biológico con tratamientos sistémicos convencionales. Los medicamentos biológicos bloquean exclusivamente una citocina, mientras que el apremilast, un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4, modula una amplia gama de mediadores inflamatorios involucrados en la enfermedad psoriásica y puede proporcionar un control adicional de la actividad de cada dominio sin afectar en teoría su seguridad. Hay pocos datos sobre la seguridad o eficacia del tratamiento de la APs con terapias biológicas combinadas con apremilast.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio observacional retrospectivo. Nueve pacientes, 4 mujeres (44%) y 5 hombres (55%) fueron tratados con agentes biológicos, pero debido a la ausencia de control de alguno de los dominios precisaron el inicio de apremilast. Esos dominios fueron psoriasis en placas (2), psoriasis pustulosa paradójica (1), poliartritis (3), dactilitis (1), y entesitis y dactilitis (1). La media del tiempo de tratamiento fue de 11 meses (1-40 meses). Los tratamientos biológicos utilizados en combinación fueron adalimumab (3: 2 biosimilares y 1 original), ixekizumab (2), secukinumab (2) y etanercept (1: biosimilar), guselkumab (1) y certolizumab (1). Un paciente recibió 2 ciclos de tratamiento combinado con apremilast (primero secukinumab en combinación y posteriormente ixekizumab), uno de los cuales fue suspendido por ineficacia. Siete pacientes permanecían en tratamiento combinado al final del seguimiento. Los otros 2 fueron suspendidos por efectos

adversos de apremilast (1) y por reacción paradójica a anti-TNF no controlada (1). No se observaron efectos adversos relevantes, aunque un paciente (11,1%) presentó náuseas y vómitos intensas que precisaron la suspensión del tratamiento con apremilast. No se observaron efectos secundarios importantes como cáncer o infección severa. Dos pacientes consiguieron una eficacia tal que permitió su optimización.

**Conclusión.** Apremilast se puede combinar de manera segura con agentes biológicos en pacientes con APs y psoriasis que no responden adecuadamente a estos en monoterapia. Apremilast puede proporcionar un control adicional de la actividad en otros dominios no controlados por el biológico sin afectar la seguridad. No se detectaron eventos adversos y efectos secundarios importantes como cáncer e infección. El uso de biosimilares con el abaratamiento de los costes de los biológicos y la optimización del tratamiento en los pacientes que se encuentren en remisión pueden en el futuro hacer sostenibles este tipo de combinaciones.

## 96. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA, PALMOPLANTAR Y ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU TRATADAS CON APREMILAST: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 17 PACIENTES

R. Aragón Miguel<sup>a</sup>, I. Martín González<sup>a</sup>, A. Calleja Algarra<sup>b</sup>, A. Lapresta Lázaro<sup>a</sup>, O. González Valle<sup>a</sup>, C. García Donoso<sup>b</sup> y R. Rivera Díaz<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>b</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción.** La psoriasis pustulosa generalizada (PPG), la psoriasis pustulosa palmoplantar (PPP) y la acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) son variantes poco frecuentes de psoriasis, caracterizadas por la presencia de placas formadas por pústulas estériles. Las opciones de tratamiento efectivas para estos tipos de psoriasis son limitadas. El apremilast es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas y la artritis psoriásica (APs), aunque se desconoce su eficacia en las diferentes variantes de la psoriasis pustulosa. Al no incluirse este tipo de pacientes en ensayos clínicos pivotaes no existen datos, salvo publicaciones de casos aislados, que muestren su eficacia en relación con la PPP, la PGP y la ACH refractarias a los tratamientos clásicos.

**Material y métodos.** Serie retrospectiva de 17 pacientes con un periodo de observación de hasta 30 meses. La eficacia se evaluó mediante la escala Physician's Global Assessment (PGA) con puntuaciones entre 0 y 4; Los exámenes clínicos se realizaron al inicio y cada 3 meses.

**Resultados.** La muestra incluye 17 pacientes, 16 mujeres y 1 hombre, con edades comprendidas entre 39 y 74 años. Once pacientes padecían PPP, 3 GPP y 3 ACH. El 82% de los pacientes tenían alguna comorbilidad. La presencia de factores de riesgo cardiovascular fue la comorbilidad más frecuente observada (53%), siendo la dislipidemia la patología más frecuente encontrada. El 41% de los pacientes eran fumadores. Cinco pacientes tenían APs concomitante (29,4%) y 2 pacientes tenían antecedentes personales de cáncer (un cáncer de mama y otro de vesícula biliar y duodeno). Cuatro pacientes tenían historia de tuberculosis latente (37,5%), para la que 2 de ellos no habían recibido la profilaxis adecuada. Trece pacientes (76,4%) habían recibido previamente tratamientos sistémicos clásicos, siendo el más utilizado el acitretino. El resto de los pacientes no habían recibido ningún tratamiento previo. Cuatro pacientes habían recibido terapias biológicas (23,5%). Un paciente recibió tratamiento combinado con apremilast y metotrexato, y otro con apremilast y acitretino. Para evaluar la eficacia, analizamos PGA entre 0 y 4. A los 3 meses de tratamiento, el 70,5% de nuestros pacientes alcanzaron PGA de 2 o menor. A los 6 meses de seguimiento, 8 pacientes (50%) presentaban lesiones mínimas o no existían lesiones (PGA 0-1) y 6

pacientes tenían un PGA de 2 (37,5%). Doce pacientes continuaron con el tratamiento a los 12 meses. En ese momento, el 41,6% de los pacientes no presentaban lesiones y el 50% tenían lesiones mínimas. A los 24 meses, únicamente se disponía de datos de 6 pacientes, de los cuales el 83% tenían un PGA de 0-1. Solo 3 pacientes estaban en tratamiento a los 30 meses del seguimiento, de los cuales 2 no presentaban lesiones y uno de ellos había perdido eficacia con un PGA de 3. Cinco pacientes interrumpieron el tratamiento durante el seguimiento (29,4%). En 2 pacientes, se suspendió el tratamiento con apremilast por remisión de las lesiones. La ineficacia fue la causa de la suspensión en 3 pacientes, uno de ellos por ineficacia tardía tras 30 meses de tratamiento. El 52% de los pacientes tuvieron algún evento adverso (EA), siendo la intolerancia digestiva el más frecuente (56%). Todos los EA fueron leves y ningún paciente interrumpió el tratamiento por este motivo.

**Conclusiones.** Apremilast es un tratamiento que puede ser eficaz para los pacientes con las diversas variantes de psoriasis pustulosa. A pesar de que nuestros pacientes tenían múltiples comorbilidades, no se detectaron nuevos EA relevantes. El número de pacientes fue pequeño para poder establecer una diferencia en la eficacia entre la PPP, la GPP y la ACH.

## 97. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE GUSELKUMAB EN PACIENTES REFRACTARIOS A TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO: SERIE DE CASOS DE DOS HOSPITALES

C. Sanchis Sánchez<sup>a</sup>, V. Rocamora Durán<sup>b</sup>, A. Calle Andriño<sup>a</sup>, M. Cantarero Gutiérrez<sup>b</sup>, G. Tomás Cabedo<sup>a</sup>, P. Molés Poveda<sup>a</sup> y F. Valcuende Cavero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario de La Plana. Villarreal. Castellón de la Plana. <sup>b</sup>Hospital de Manacor. España.*

El papel del eje IL-23/Th17 ha sido identificado recientemente como crucial en la patogenia de la psoriasis. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano dirigido frente a la subunidad p19 de la IL-23. Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico. El objetivo fue analizar la respuesta a guselkumab en pacientes que no han respondido o han tenido una respuesta insuficiente a otros tratamientos biológicos previos. Se midió la respuesta a guselkumab mediante las escalas PASI y DLQI en las semanas 0, 8 y 16 de tratamiento. Se incluyeron 24 pacientes (13 del Hospital Universitario de La Plana y 11 del Hospital de Manacor) a los que se les prescribió guselkumab según la práctica clínica habitual de cada hospital. Quince eran varones y 9 mujeres, y 4 presentaban artropatía psoriásica asociada. Previamente al inicio de guselkumab, 8 pacientes habían recibido un único tratamiento biológico, 7 habían sido tratados con 2 fármacos biológicos, 8 habían recibido 3 tratamientos biológicos y en un paciente habían sido prescritos 4 fármacos biológicos previos. El PASI medio en la semana 0 fue de 7,7 (n = 20); en la semana 8 descendió a 1,65 (n = 14) y en la semana 16 fue de 1,32 (n = 5). No se realizó la escala PASI en 4 pacientes puesto que tenían exclusivamente afectación palmoplantar. Por el momento, solo ha podido ser evaluada la respuesta al tratamiento en la semana 16 en 5 pacientes, dado que en el resto de los casos guselkumab se inició más tarde y el seguimiento ha sido menor. El DLQI medio al inicio del tratamiento con guselkumab fue de 9,4 (n = 23), descendiendo a 3,6 (n = 18) en la última visita de seguimiento. En nuestra serie, guselkumab ha demostrado ser un fármaco rápido y eficaz en el tratamiento de la psoriasis en pacientes que han fracasado o han tenido una respuesta insuficiente a otros tratamientos biológicos previos. Todos los pacientes tratados han alcanzado un PASI absoluto inferior a 3, principal objetivo terapéutico propuesto por el Grupo Español de Psoriasis. Sin embargo, puesto que el fármaco está disponible desde hace menos de un año, el seguimiento de los pacientes por el momento es a corto plazo y, por lo tanto, los datos son limitados.

### 98. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS PALMO-PLANTAR TRATADOS CON ESPUMA DE CALCIPOTRIOL Y BETAMETASONA

A. Mateu Puchades<sup>a</sup>, R. Carmena Ramón<sup>b</sup>, M. Sáez Belló<sup>c</sup>, S. Santos Alarcón<sup>c</sup> y A. Zayas Gávila<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Doctor Peset.*

*<sup>b</sup>Hospital Universitario Arnau de Vilanova. <sup>c</sup>Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana. València. España.*

**Objetivo.** Evaluar la efectividad, seguridad, calidad de vida y satisfacción de pacientes con psoriasis palmo-plantar tratados con espuma de calcipotriol y betametasona dipropionato para administración tópica.

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, desarrollado en 2 hospitales entre marzo de 2018 y julio 2018. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de psoriasis no controlada con afectación palmo-plantar para los que estuviera indicado iniciar tratamiento tópico con calcipotriol y betametasona. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron formas pustulosas o eritrodermicas, o placas en localizaciones distintas a las palmas y plantas, así como aquellos que recibieran tratamiento sistémico. Las variables recogidas fueron sexo, edad e índice de masa corporal (IMC). Para valorar la efectividad del tratamiento se estudió el PPPASI y el PGA; se recogió la incidencia y gravedad de los efectos adversos según clasificación de la CTAE versión 4.03; para valorar la calidad de vida se utilizó el DLQI y la satisfacción a través del TSQM, calculándose la reducción absoluta de PPASI, PGA y DLQI, así como su significación estadística a través de la prueba T-Student.

**Resultados.** Se incluyeron 19 pacientes (11 mujeres y 8 hombres) con una media de edad de 59 (IC95% 54; 64) años y un IMC de 27,7 (IC95% 24,8; 30,5) kg/m<sup>2</sup>. La mediana de reducción de PPASI fue de 4,6 (IC95% 2,2; 7) ( $p = 0,0284$ ), mientras que la mediana de reducción del PGA fue de 0,8 (IC95% 0,4; 1,3) ( $p = 0,0047$ ). Ningún paciente presentó reacciones adversas relacionadas con la administración del fármaco de estudio. La mediana de reducción del DLQI fue de 2,6 (IC95% 1,2; 4) ( $p = 0,1592$ ). La satisfacción global del paciente fue de 72,6 (IC95% 63,8; 81,4).

**Conclusiones.** La espuma de calcipotriol y betametasona para administración tópica en pacientes con psoriasis palmo-plantar demuestra ser efectiva y segura, mostrando diferencias estadísticamente significativas en términos de resultados en salud, sin evidencias de que su utilización suponga una mejora estadísticamente significativa de la calidad de vida del paciente, obteniendo un buen resultado en términos de satisfacción global con la medicación.

### 99. INDIVIDUALIZACIÓN POSOLÓGICA DE USTEKINUMAB A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA EN PACIENTES CON PSORIASIS: OBJETIVAR LA DECISIÓN

T. Cebolla Beltrán<sup>a</sup>, M.D. Belles Medall<sup>a</sup>, G. Pitarch Bort<sup>b</sup>, M. Santos San Segundo<sup>a</sup>, S. García Muñoz<sup>a</sup>, L. Mahiques Santos<sup>b</sup> y R. Ferrando Piqueres<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Farmacia. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Castellón. España.*

**Objetivo.** Analizar la incorporación de la monitorización farmacocinética (TDM) de ustekinumab (UST) en el ajuste posológico de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de febrero a octubre de 2019. La TDM se realizó con técnica ELISA previa administración de UST. *Variables analizadas:* sexo, edad, concentración plasmática de UST [UST] (mcg/mL), PASI y PCR en el momento de la TDM, pauta posológica y recomendación de ajuste posológico. Los pacientes se estratificaron según seguimiento o no

de la posología de ficha técnica (PFT). Se estableció como intervalo terapéutico objetivo: 0,1-0,8 mcg/mL. Resultados expresados con mediana e intervalo intercuartílico para variables cuantitativas y con porcentajes para variables cualitativas. Estudio estadístico mediante la prueba chi-cuadrado (SPSS versión 25).

**Resultados.** Se incluyeron 67 pacientes con una edad de 51,2 años (42,7-60,3), el 61,2% varones y el 88,1% diagnosticados de psoriasis. El 98,5% presentó un PASI < 4, destacando PASI = 0 en el 77,6% de los pacientes. La mediana de PCR fue de 1,9 mg/L (1,1-3,4). El 58,2% de los pacientes no seguían las recomendaciones de PFT, siendo en el 79,5% de los casos dosis superiores a las recomendadas. La [UST] fue de 0,38 mcg/mL (0,19-0,44) en los pacientes que seguían PFT, y de 0,40 mcg/mL (0,21-0,63), en los que no seguían PFT. El 13,4% de los pacientes presentaron [UST] fuera del objetivo terapéutico, destacando que un 77,8% de estos eran pacientes que no seguían PFT ( $p = 0,201$ ), (71,4% dosis de 90 mg [peso < 100 kg], 14,3% con una pauta optimizada y 14,3% con una pauta intensificada). Se recomendó ajuste posológico de UST en 1 de cada 3 pacientes monitorizados (32,8%), mayoritariamente pacientes que no seguían PFT (68,2%). El tipo de recomendación posológica más frecuente fue de disminuir exposición en los pacientes que no seguían PFT (53,3%) y de aumentar exposición en los pacientes que seguían PFT (85,7%),  $p = 0,083$ . Tras el ajuste posológico se incrementó el porcentaje de pacientes con dosis distintas a PFT de 58,2% a 72,7%. **Conclusiones.** La TDM de UST permite realizar ajustes posológicos de forma objetiva e individualizada a cada paciente. En este sentido, la decisión de utilizar pautas distintas a las recomendadas en PFT se basa en la variabilidad interindividual del comportamiento farmacocinético del UST.

### 100. URTICARIA INDUCIDA POR IXEKIZUMAB EN UN PACIENTE CON PSORIASIS

V. Lukoviek, J.M. Ramírez Conchas, J. Algarra Sahuquillo, M. Arteaga Henríquez y M. García Bustinduy

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica caracterizada por la presencia de placas eritematodescamativas. Afecta al 2-3% de la población mundial, y a menudo compromete significativamente tanto el bienestar físico como la salud mental de estos pacientes. Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal IgG4-κ humanizado recombinante, que se une y neutraliza la acción de la interleuquina 17A. Los ensayos clínicos han mostrado su eficacia en el tratamiento de la psoriasis en placas y de la artritis psoriásica. Pese a tener un buen perfil de seguridad, dentro de las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia se encuentran la neutropenia, las infecciones por *Candida* y las enfermedades inflamatorias intestinales. En ficha técnica se han notificado reacciones de hipersensibilidad incluyendo anafilaxia, angioedema y urticaria, sin embargo, estas son poco frecuentes.

**Caso clínico.** Varón de 55 años en seguimiento en el Servicio de Dermatología por psoriasis en placas y artritis psoriásica. Dentro de los tratamientos recibidos se encontraban metotrexato, infliximab, etanercept, adalimumab, secukinumab y ustekinumab suspendidos por pérdida de eficacia. En febrero de 2019 persiste con placas eritematodescamativas con PASI 24,3 por lo que se decide iniciar ixekizumab, sin embargo, tras la segunda dosis presenta habones generalizados sobre toda la superficie corporal. Se suspende la siguiente dosis y se pautan antihistamínicos y corticoides sistémicos con mejoría del cuadro. Posteriormente, es valorado por el Servicio de Alergología, no presentando nuevas lesiones con la reintroducción del fármaco. Actualmente se mantiene en tratamiento con ixekizumab logrando un PASI 0 con mejoría de los dolores articulares.

**Conclusión.** Si bien en ficha técnica están descritos casos de urticaria asociadas a ixekizumab, al revisar la literatura encontramos

escasos casos reportados. Este caso ilustra la importancia de una vigilancia estrecha de los pacientes con psoriasis en tratamiento con nuevos fármacos.

### 101. EXPERIENCIA DE NUESTRO HOSPITAL EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA GRAVE CON DIMETILFUMARATO

C. Ceballos Cauto, C. Méndez Abad, L. Ossorio García, M.Á. Romero Cabrera, M. Pico Valimaña y J.C. Armario Hita

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.*

**Objetivo.** Presentamos nuestra experiencia clínica en el tratamiento de la psoriasis moderada grave con dimetilfurato.

**Material.** Se evaluaron características demográficas y evolución de las escalas de gravedad PASI y BSA en 13 pacientes con psoriasis moderada grave en tratamiento con dimetilfumarato. Se incluyeron además datos sobre tratamientos previos, comorbilidades y efectos secundarios desarrollados durante el tratamiento.

**Resultados.** Nuestra serie está formada por 10 hombres y 3 mujeres con edades comprendidas entre los 34 y los 58 años. Como antecedentes personales de interés destacan los antecedentes de hipertransaminemia (23%), hígado graso (15%), cardiopatía isquémica (7%) y diabetes mellitus (7%). Todos los pacientes fueron tratados con dimetilfumarato realizando escalada de dosis según ficha técnica, alcanzando la dosis máxima de 720 mg al día en 11 de los 13 pacientes (85%). En cuanto a la respuesta clínica, se halló respuesta clínica total o parcial medida en las escalas de gravedad en 11 pacientes (85%). De los 2 pacientes restantes, uno no presentó respuesta a pesar de haber alcanzado la dosis máxima y otro abandonó el tratamiento a las 6 semanas por intolerancia. Todos los pacientes, salvo uno (92%) habían recibido uno o varios tratamientos sistémicos previos entre los siguientes: metotrexato, ciclosporina, fototerapia. En cuanto a efectos secundarios, en 5 pacientes (38%) se halló linfopenia por debajo de 700/mm<sup>3</sup> (1.500-4.500/mm<sup>3</sup>), que ha sido motivo de suspensión del fármaco. A este respecto, en los 5 casos las cifras se normalizaron tras la suspensión del tratamiento y ninguno se complicó con causa infecciosa. Dos pacientes (15%) presentaron en la analítica eosinofilia de 3.280/mm<sup>3</sup> y 6.190/mm<sup>3</sup> respectivamente (40-550/mm<sup>3</sup>). También se encontró rubefacción en 7 pacientes (53%), epigastralgia en 5 (38%), diarrea en 4 (30%), astenia en 2 (15%) y estreñimiento en uno (8%). Queremos destacar uno de los casos que cursaba con una forma hiperqueratósica palmo-plantar muy invalidante que mejoró de manera ostensible a las 6 semanas y se mantiene actualmente sin lesiones con dosis de 240 mg al día.

**Conclusiones.** El tratamiento con dimetilfumarato permitió una mejoría clínica en la mayoría de los pacientes de nuestra serie. El efecto adverso más frecuente fue la linfopenia, motivo de suspensión del fármaco. Puede ser una alternativa de especial interés en pacientes con comorbilidades como hígado graso, enfermedad cardiovascular, antecedentes de neoplasias o en los que exista alguna contraindicación para el uso de los sistémicos clásicos.

### 102. UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS-ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS CLÍNICOS

S. Pérez-Barrio<sup>a</sup>, C. Pérez-Velásquez<sup>b</sup>, E. Galíndez<sup>b</sup>, M.L. García-Vivar<sup>b</sup>, N. González<sup>a</sup>, A. Lobato<sup>a</sup> y R. Izu<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. España.*

**Introducción.** Las unidades multidisciplinarias de psoriasis son útiles para mejorar el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica y optimizar el manejo de pacientes complejos. Hay diversas publi-

caciones con relación a los tipos de modelos de unidades, y sobre los datos de actividad y la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, una asignatura pendiente es analizar su efectividad, para lo cual es preciso conocer los resultados clínicos de los pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar el control de la actividad cutánea y articular de los pacientes con psoriasis atendidos en nuestra unidad.

**Métodos.** Se revisaron 199 historias clínicas y se incluyeron en el análisis 132 pacientes con psoriasis y artropatía psoriásica periférica, mixta o axial tratados con fármacos sistémicos o terapia biológica que tuvieran un mínimo de seguimiento de 6 meses en la unidad. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, de actividad cutánea y articular, y se evaluaron DAPSA, PASI, BSA, PGA y porcentaje de pacientes que alcanzaron MDA (minimal disease activity). Los datos fueron analizados utilizando SPSSv23.

**Resultados.** Ciento treinta y dos pacientes (65,2% hombres, 44,8% mujeres) con una edad media (DE) de 54,98 (13,99) años, y un tiempo de evolución de enfermedad de 110,37 meses (DE 89,77). La presentación de psoriasis fue predominantemente en placas (81,8%) En cuanto a la artritis: 65,9% artritis periférica, 30,3% mixta y 3,8% únicamente axial. Un 68,2% tenían una comorbilidad y un 27,3% 2 ó más. Un 56,8% tenían antecedentes familiares de psoriasis y un 19,7% de artritis psoriásica. Un 68,2% habían recibido un fármaco sistémico, un 37,1% 2 o más. Un 22% habían recibido terapia biológica previa y un 10,6% habían utilizado al menos 2 biológicos previos. Respecto al tratamiento actual: 57 pacientes (43,1%) recibieron tratamiento biológico y 75 (56,8%) pacientes sistémico. *Terapia biológica:* 30,3% anti-TNF; 6,1% ustekinumab; 3,8% secukinumab y 3,8% apremilast. Duración del tratamiento actual en meses: media 59,79 (DE 58,87). Datos de actividad cutánea y articular: mediana de DAPSA 3,53 (0,06-54,50), PASI 2 (0-13) y BSA 2 (0-18). PGA casi blanqueado a leve 83,6%. DAPSA de baja actividad 90,1% y DAPSA de remisión (< 4) 59,2%. Un 62,4% de los pacientes alcanzaron criterios MDA.

**Conclusiones.** Consideramos los resultados clínicos obtenidos en nuestra unidad en general como buenos o muy buenos, incluso en el subgrupo de pacientes más complejos. Se debería de llevar a cabo un estudio adicional de costes para evaluar la eficiencia.

### 103. ASOCIACIÓN ENTRE ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA Y GRAVEDAD DE LA PATOLOGÍA EN PACIENTES CON PSORIASIS

L. Schneller-Pavelescu<sup>a</sup>, E. Tovar Sugrañes<sup>b</sup>, M.J. Sánchez Pujol<sup>a</sup>, A. Docampo Simón<sup>a</sup>, E. Vergara de Caso<sup>a</sup> e I. Belinchón Romero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante - ISABIAL. España.*

La alteración de la calidad de vida de los pacientes con psoriasis ha sido ampliamente analizada, constatando su impacto negativo, así como su relación con trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión. Los estudios que evalúan este aspecto de la psoriasis emplean diversas escalas que tratan de objetivar esta afectación. No obstante, no hay información disponible acerca de la relación existente entre las distintas escalas de calidad de vida.

**Objetivo.** Determinar la existencia de asociación entre las principales escalas de calidad de vida utilizadas en la consulta, Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el termómetro EuroQoL, y los parámetros de gravedad de psoriasis (psoriasis area severity index [PASI], body surface area [BSA], physician global assesment [PGA], escala visual analógica [EVA] de prurito, EVA de dolor y patient global psoriasis assesment [PGPA]) y analíticos de inflamación (proteína C reactiva [PCR] y velocidad de sedimentación globular [VSG]).

**Métodos.** Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en la unidad de psoriasis del Hospital General Universitario de Alicante, en el que se recogieron parámetros de gravedad, afectación de calidad de vida e inflamatorios en sangre entre los meses de mayo y octubre de 2019. Se incluyeron de manera consecutiva todos aquellos pacientes con psoriasis en placas que tuvieran recogidas las variables del estudio.

**Resultados.** Se incluyeron 109 pacientes, de los cuales 61 estaban en tratamiento con un fármaco biológico (56%), 25 con tratamientos tópicos (22,9%), 13 con metotrexato (11,9%), 6 con acitretino (5,5%) y 4 con fototerapia UVB-BE (3,7%). Dentro de las variables estudiadas, las medianas y el rango intercuartílico fueron: PASI 1,2 (0-4), BSA 1 (0-4), PGA 1 (0-2), DLQI 1 (0-4), EVA picor 1 (0-5), EVA dolor 0 (0-0), termómetro EuroQoL 80 (60-90), PGPA 2 (0-5), PCR 0,25 (0,1-0,62) y VSG 12 (7-25). Al estudiar la relación entre los distintos parámetros se vio que los valores de DLQI 11 se relacionaron de forma estadísticamente significativa con PASI 10 (OR 8,9; IC95% 2,19-36,14), BSA 5 (OR 6,8; IC95% 2,13-21,65), PGA 2 (OR 12,6; IC95% 2,68-59,25), EVA picor 5 (OR 18,1; IC95% 4,61-71,29), EVA dolor 5 (OR 19,7; IC95% 4,73-81,9), PGPA 5 (OR 17,1; IC95% 4,74-62) y con el uso de fármacos biológicos (OR 0,04; IC95% 0,005-0,321).

**Discusión y conclusiones.** A pesar de que los índices de calidad de vida (DLQI) y salud general (EuroQoL) se relacionaron de manera estadísticamente significativa (coeficiente de correlación  $-0,301$ ;  $p = 0,001$ ), al estratificar el DLQI por valores clínicamente relevantes (punto de corte en 5 y en 10) se perdía esta asociación. El índice de afectación de la calidad de vida DLQI parece relacionarse bastante bien con el resto de los parámetros de gravedad de la patología y de afectación de la calidad de vida, de manera que aquellos pacientes con una afectación de calidad de vida muy grande o extrema tienen mucho mayor riesgo de presentar valores elevados de PASI, BSA, PGA o PGPA así como de prurito o dolor. Aquellos pacientes que reciben tratamiento con fármacos biológicos presentan con menor frecuencia estos niveles de calidad de vida, tal como es conocido a través de los diferentes ensayos clínicos. Considerando que las escalas de calidad de vida tratan de analizar diversos aspectos de esta, parece que las escalas DLQI y EuroQoL aportan información diferente y complementaria, por lo que resulta justificado el empleo de ambas en una consulta especializada de psoriasis.

#### 104. RECUERDA SIEMPRE QUE ERES ABSOLUTAMENTE ÚNICO, AL IGUAL QUE TODOS LOS DEMÁS

S. Armesto Alonso, A.E. López Sundh, N. Palmou, M. Arias, M.C. González Vela, I. Navarro, M. Drake, M. Marcellan, A. Quintana, B. Castro, C. Duran, L. Requero, J.S. Gundin, A. Illaro, J. Mayorga, C. Gómez, R. Blanco, M.A. González y M.A. González Gay

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Los anti-TNF son fármacos ampliamente empleados para el tratamiento de la psoriasis con probada efectividad y un aceptable perfil de seguridad. Sin embargo, desde su comercialización han sido numerosos los efectos adversos inmunológicos reportados, entre ellos su capacidad para inducir la formación de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN bicatenario y ocasionalmente lupus eritematoso sistémico (LES). Son escasos los datos disponibles acerca del efecto que los anti-TNF tienen sobre el perfil inmunológico de pacientes con psoriasis y la interpretación que debe hacerse de este fenómeno. Teniendo en cuenta que la asociación entre psoriasis y LES es infrecuente, nos preguntamos si la positividad de ANA durante el tratamiento con anti-TNF aumenta la incidencia de LES en pacientes con psoriasis, dado que la ficha técnica de estos fármacos obliga a la suspensión del tratamiento ante la aparición de clínica compatible junto a unos ANA positivos.

En nuestra práctica clínica habitual valoramos a 217 pacientes con diagnóstico de psoriasis que recibieron algún anti-TNF en los últimos 10 años. Excluimos a todos aquellos pacientes de los que no se disponían al menos de 2 determinaciones de ANA (una antes y otra durante o después del tratamiento) y aquellos pacientes que padecían otras enfermedades capaces de positivizar ANA (incluyendo artritis psoriásica y hepatopatías entre otras enfermedades autoinmunes), lo que dejó un número final de 112 pacientes de los que investigamos sexo, edad, tratamiento anti-TNF recibido, duración del tratamiento en meses, tipo y título de ANA, y de manera retrospectiva, datos clínicos compatibles con LES a partir de la historia clínica. La investigación exploratoria de nuestros datos muestra que casi un 20% de pacientes con psoriasis positivizó ANA durante el tratamiento con anti-TNF, si bien ninguno de ellos desarrolló clínicamente un LES. Por otro lado, encontramos un 75% más de hombres en el grupo que positivizó ANA (14 hombres frente a 8 mujeres). Los pacientes del grupo que positivizó ANA, además, emplearon más de un anti-TNF con mayor frecuencia y estuvieron expuestos a estos un 80% más de media que los que no positivizaron (54 meses de media frente a 30 respectivamente), si bien nuestra valoración, no dispone de un seguimiento periódico de ANA que permita determinar con exactitud cuánto tiempo había transcurrido entre el inicio del tratamiento y la aparición de anticuerpos positivos. Paralelamente comparamos con otros estudios en enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad reumatólogica.

#### 105. EXPERIENCIA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON GUSELKUMAB

A. I. Lázaro-Simó<sup>a</sup>, S. Bel-Pla<sup>b</sup>, J. Pujol-Montcusí<sup>c</sup>, C. Grau-Salvat<sup>d</sup>, J. Rodero-Garrido<sup>e</sup>, R. Molina-Martínez<sup>e</sup> y F.J. Ferrando-Roqueta<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. <sup>b</sup>Hospital Comarcal d'Amposta. <sup>c</sup>Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. <sup>d</sup>Hospital Universitari Sant Joan de Reus. <sup>e</sup>Hospital del Vendrell. España.*

**Introducción.** Guselkumab se aprobó en España en febrero de 2019. Se trata del primer tratamiento biológico que actúa selectivamente sobre la subunidad p19 de la interleuquina (IL)-23. Esta citoquina es clave en la patogenia de la psoriasis y con su bloqueo se evita la producción de citoquinas proinflamatorias.

**Objetivo.** El objetivo de nuestro estudio es evaluar la efectividad y seguridad de guselkumab en nuestra práctica clínica diaria.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (5 hospitales de la provincia de Tarragona). Se recogieron los datos de los pacientes en tratamiento con guselkumab 100 mg en las semanas 0 y 4 de tratamiento, y luego cada 8 semanas, desde febrero hasta noviembre de 2019.

**Resultados.** El estudio incluye 13 pacientes tratados con guselkumab en condiciones de práctica clínica real. El 84,6% de los pacientes son varones y el 15,4% mujeres, con una edad media de 50,3 años. El 53,8% son obesos. El PASI medio basal es de 13,9 y el DLQI medio basal de 15,5. 12/13 pacientes han realizado tratamiento con entre 1 y 6 fármacos biológicos previamente y 4/13 proceden de tratamiento con ustekinumab previo. A la semana 16 de tratamiento, el 53,8% de pacientes alcanzó el PASI75, el 30,7% el PASI90 y el 30,7% también el PASI100. 5/13 pacientes alcanzaron la semana 24 de tratamiento y 2 de ellos mantuvieron el PASI100 obtenido ya en semana 16 de tratamiento. En ninguno de los casos se han descrito efectos adversos.

**Conclusión.** Consideramos que guselkumab es una alternativa efectiva y segura a tener en cuenta en el tratamiento de la psoriasis moderada-severa. Los resultados difieren de los estudios pivotales dado que se trata de pacientes de práctica clínica real con fallo previo a diferentes fármacos biológicos y tenemos como limitación el corto periodo de seguimiento y la muestra reducida.

### 106. PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS CRÓNICA, CON LINFOCITOS T CLA+ PRODUCTORES DE IL17A Y IL17F EN EL COCULTIVO CON CÉLULAS EPIDÉRMICAS Y EXTRACTO DE S. PYOGENES, PRESENTAN NIVELES PLASMÁTICOS DETECTABLES DE IGA ANTI-STREPTOCOCCUS PYOGENES

M. Ferran<sup>a</sup>, C. de Jesús-Gil<sup>b</sup>, L. Sans-de San Nicolás<sup>b</sup>, A. Chiriac<sup>c</sup>, A. Celada<sup>d</sup>, R.M. Pujol<sup>a</sup> y L. F. Santamaria-Babi<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. IMIM. Barcelona. España. <sup>b</sup>Inmunología Traslacional. Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Facultad de Biología. Universitat de Barcelona. España. <sup>c</sup>Department of Dermatophysiology. Apollonia University. Iasi. Rumanía. <sup>d</sup>Biología del Macrófago. Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Facultad de Biología. Universitat de Barcelona. España.

**Introducción.** Es conocido que los pacientes con psoriasis comenzada en edades más jóvenes suelen asociar con más frecuencia episodios de faringoamigdalitis por *Streptococcus pyogenes* (SP) que suelen preceder el inicio o las exacerbaciones de la enfermedad, generalmente en forma de psoriasis en gotas. Los pacientes con psoriasis en placas crónica, aunque en menor frecuencia, también presentan una mayor incidencia de amigdalitis estreptocócica en comparación con controles sanos, que también causan empeoramientos de la misma.

**Material y métodos.** Se analizaron los niveles plasmáticos de IgA y IgG antiextracto de *Streptococcus pyogenes* (ESP) en pacientes con psoriasis en placas crónica (n = 27) y en controles sanos (n = 21), así como el nivel de antiestreptolisinas (ASLO). Además, se realizó un cocultivo con linfocitos T circulantes CLA+/- y células epidérmicas autólogas del mismo paciente con /sin estimulación por ESP.

**Resultados.** Todos los pacientes con psoriasis en placas presentaban unos niveles de ASLO < 200 IU. Sin embargo, se detectaron niveles elevados de IgA anti-ESP en psoriasis en placas crónica en comparación con los controles sanos (p < 0,001). Además, los pacientes con mayores niveles de IgA anti-ESP presentaban una mayor respuesta IL17F ( $\bar{x}$  = 2433,92 pg/ml) e IL17A ( $\bar{x}$  = 298,50 pg/ml), asociada a linfocito T CLA+, en los cocultivos estimulados con ESP, comparado con pacientes con niveles bajos de IgA y controles sanos. También se observaron niveles altos de IFN $\alpha$  pero no era restrictivo de los linfocitos T CLA+. Destacamos que la IgA era de tipo IgA alfa1, y no alfa2, sugiriendo un posible origen aerodigestivo alto.

**Conclusión.** En algunos pacientes con psoriasis en placas crónicas y niveles de ASLO negativos pueden observarse niveles altos de IgA anti-ESP. Se necesitan más estudios para confirmar si IgA anti-ESP podría ser un biomarcador que explique la heterogeneidad clínica de los pacientes, así como la evolución de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos.

### 107. ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU TRATADA CON ÉXITO CON APREMILAST

R.F. Lafuente Urrez, J.P. Díaz Jiménez, G. Aisa Rivera y F.J. Monzón Muñoz

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. España.

**Introducción.** La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) es una rara erupción acropustular crónica, inflamatoria y recurrente caracterizada por pústulas estériles, paroniquia, onicodistrofia y osteólisis de la falanges distales de los dedos de las manos y los pies. Se considera como una forma de psoriasis acropustular que tiende a ser resistente al tratamiento. Las opciones de tratamiento son varias aunque sus recurrencias cíclicas típicas provocan una importante morbilidad física y psicológica que hace que esta pato-

logía sea difícil de tratar. Apremilast es un inhibidor oral de la fosfodiesterasa 4, aprobado para el tratamiento de la psoriasis crónica en placas y la artritis psoriásica, que actúa a nivel intracelular y restaura el equilibrio de citoquinas, fundamentalmente IL-10, que supone un tratamiento eficaz en piel y localizaciones difíciles de tratar.

**Objetivo.** Presentar un caso de ACH rebelde a múltiples tratamientos tópicos y sistémicos que fue tratado con éxito con apremilast. Asimismo, se realiza una revisión de las opciones de tratamiento de esta entidad.

**Caso clínico.** Mujer de 48 años de edad, enóloga, con antecedente de enfermedad celíaca, déficit de factor VII, alergia de contacto a zinc y cobre, y ACH de 10 años de evolución que presenta frecuentes episodios de exacerbación de lesiones pustulosas en las falanges y en los pulpejos del primer, segundo y tercer dedos de ambas manos así como paroniquia, manchas en aceite y onicodistrofia de algunas uñas de los dedos de las manos. No presentaba lesiones en las uñas de los pies ni en otras localizaciones cutáneas. La paciente había realizado múltiples tratamientos con corticoides, derivados de vitamina D, tacrolimus, metotrexato, breas y/o queratolíticos tópicos y tratamiento oral con antibióticos, metotrexato, sulfona, isotretinoína, colchicina y ustekinumab subcutáneo suspendidos por intolerancia, ineficacia o pérdida de eficacia. Se pauta tratamiento con apremilast según ficha técnica y tras 3 semanas de tratamiento presenta importante mejoría y sin evidenciar ningún efecto secundario.

**Conclusiones.** En nuestra paciente el efecto terapéutico de apremilast fue sorprendentemente rápido sin presentar efectos adversos. Por tanto, pensamos que apremilast puede representar una opción adecuada para el manejo de la ACH resistente a otros tratamientos.

### 108. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL MARCADOR DE FIBROSIS HEPÁTICA, FIB4, EN PACIENTES CON PSORIASIS CON CAMBIO DE METOTREXATO A SECUKINUMAB

S. Santos Alarcón, E. Sánchez Martínez, M. Sáez Bello y A. Mateu Puchades

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

**Introducción.** El método no invasivo de valoración de fibrosis hepática, FIB4, ha ido ganando importancia a lo largo de los años, como marcador de esta, por su elevado valor predictivo negativo para fibrosis (90%), con respecto a su valor predictivo positivo (65%). Su uso se inició para la monitorización de fibrosis en paciente con VHC, pero su empleo se ha validado para población general, e incluso para pacientes con artritis reumatoide y tratamiento con metotrexato. No existe bibliografía al respecto de la evolución temporal de este marcador, en pacientes con psoriasis.

**Objetivo.** Valorar el efecto sobre el FIB4 de fármacos para el tratamiento de psoriasis.

**Material.** Se limita el estudio a pacientes que hubieran tomado de manera secuencial metotrexato y después secukinumab, con interrupción entre uno y otro no mayor de un mes. Se recogieron 9 pacientes naïve a terapias biológicas que a lo largo de su enfermedad habían llevado dicha secuencia. Se valoró la evolución cada 6 meses del marcador FIB-4 y su modificación. Se excluyeron pacientes que presentaban hepatopatía de base.

**Resultados.** Se muestran datos de demografía y las gráficas evolutivas del FIB4. Se agregan las tendencias de períodos previo al switch de tratamiento (-36 meses), y al posterior (+36 meses).

**Conclusiones.** Al agregar los datos se observa una tendencia al aumento de este marcador, con la exposición a metotrexato, que se acentúa más aún con exposición más crónica, y que tiende a disminuir a partir del 6º mes, con el switch a secukinumab. Ante estos



datos, Se plantea la posibilidad de si el tratamiento con secukinumab, per se, reduce dicho parámetro. Son necesarios estudios más amplios, que incluyan más población y las diferentes opciones terapéuticas para el tratamiento de la psoriasis, para comprobar si este efecto se mantiene.

### 109. PSORIASIS Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M. García-Legaz Martínez, Á. Martínez-Doménech, J.L. Sánchez-Carazo, J. Magdaleno-Tapial, C. Valenzuela-Oñate, P. Hernández-Bel y A. Pérez-Ferriols

*Hospital General Universitario de Valencia. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad sistémica que asocia una serie de comorbilidades que pueden comprometer la salud global del paciente.

**Objetivo.** Analizar los factores de riesgo cardiovascular en población afecta de psoriasis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, unicéntrico de 58 pacientes consecutivos afectados de psoriasis moderada-grave (con tratamiento biológico) procedentes del Hospital General Universitario de Valencia. A través de la historia clínica se recogieron una serie de variables asociadas a la salud global del paciente y el riesgo cardiovascular.

**Resultados.** Se recogieron un total de 58 pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento con biológicos, 37 hombres (63,8%) y 21 mujeres (36,20%), con una media de edad de 51 años, la TAS media fue de 132 mmHg y la TAD 78 mmHg. El peso, la estatura y el IMC medios fueron de 82,92 kg, 1,70 m, y 28,41 mg/kg<sup>2</sup>, respectivamente. Un 29,3% de pacientes eran obesos (IMC > 30 mg/kg<sup>2</sup>). El perímetro abdominal medio fue de 98,24 cm. La prevalencia de diabetes fue de un 20,69%, con una media de cifras de glucosa de 108,12 mg/dl. Aunque solo el 16% de ellos tomaban antidiabéticos. Un 24% de los pacientes tenía cifras elevadas de tensión arterial. Un 29% estaba en tratamiento con antihipertensivos en el momento de la toma de la misma. El 33% de los pacientes tenía algún tipo de alteración de las cifras de colesterol o dislipidemia y el 31% lleva tratamiento hipolipemizante. La media de colesterol total de los pacientes era de 196,45 mg/dl, HDL 51,01 mg/dl, LDL 121,59 mg/dl, y triglicéridos 134,47 mg/dl. Además un 12% llevaban tratamiento antiagregante o anticoagulante. Un 48,8% de los pacientes reconocían el consumo de tabaco y un 37,93% consumían alcohol. EL PASI medio de la última visita era de 1,6 y se observó presencia de artropatía psoriásica en el 38% de los pacientes estudiados.

**Discusión.** Es importante determinar los factores de riesgo cardiovascular que con mayor frecuencia se asocian a psoriasis. El conocimiento de los mismos nos permitirá un manejo multidisciplinar así como implementar medidas de salud destinadas a disminuir la morbimortalidad cardiovascular de nuestros pacientes y prevenir con ello futuros eventos cardiovasculares.

### 110. LO QUE LA PSORIASIS OCULTA...

S. Armesto<sup>a</sup>, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, M. Drake, M. Marcellan, A. Quintana, B. Castro, C. Duran, J.S. Gundin, C. López Obregón, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez, M.A. González, R. Blanco y M.A. González Gay

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Presentamos dos casos de psoriasis, controladas analíticamente y según guías, que pusieron de manifiesto al tratar con fototerapia y modificadores biológicos entidades subyacente no diagnosticadas alguna de las cuales resultan de carácter excepcional. Nos resulta interesante porque en un caso se puede considerar fracaso de tratamiento y es simplemente hipersensibilidad desencadenada por

inmunosupresión. El otro paciente nos ofrece una iconografía clara y llamativa.

### 111. PSORIASIS PALMOPLANTAR, UN RETO TERAPÉUTICO

J. Ruiz Martínez, J. Navarro Pascual, J. Cruañes Monferrer, M.I. Úbeda Clemente, T.A. Hernández Gómez, J. Hernández-Gil Sánchez y C. Soria Martínez

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** La psoriasis con afectación palmoplantar, a pesar de suponer una escasa proporción de la superficie corporal, genera una importante morbilidad en el paciente a la vez que se trata de una localización de difícil tratamiento.

**Caso clínico.** Varón de 54 años, con psoriasis en placas grave y artritis psoriásica de 16 años de evolución. Antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y exfumador. Con afectación cutánea predominante hiperqueratósica en palmas, plantas, además de codos y extremidades inferiores, había seguido tratamiento betametasona-calcipotriol, metotrexato y posteriormente adalimumab con adecuada respuesta durante los 2 últimos años. Acude a nuestra consulta con empeoramiento a nivel plantar, con fisuras, grietas con ocasional sangrado, impidiendo caminar y ejercer actividad laboral. Considerando fallo secundario a adalimumab, se decide entonces tratamiento con secukinumab a posología habitual. Tras 6 meses de tratamiento el paciente no mostraba mejoría, continuando con importante afectación de la calidad de vida; se opta por tratamiento con guselkumab 100 mg con dosis de inducción y mantenimiento estandarizadas logrando a los 4 meses aclaramiento completo de lesiones sin efectos secundarios clínicos ni analíticos. El seguimiento posterior durante 8 meses ha mostrado una respuesta mantenida al tratamiento.

**Discusión.** Las opciones de tratamiento para la psoriasis hiperqueratósica palmoplantar son, en primer lugar, queratolíticos, combinaciones de betametasona-calcipotriol y tazaroteno. Como alternativas se encontraría la fototerapia asociada o no a tratamiento sistémico como acitretino o metotrexato. Con la llegada de los tratamientos biológicos, inicialmente los anti-TNF y posteriormente con nuevas dianas anti-IL 17, anti-IL 12-23, y recientemente anti-IL 23 como guselkumab, logramos mejores índices de respuesta en esta localización, aunque casi siempre a consta de un mayor tiempo de espera para lograr resultados. Exponemos un caso en el que la intensa afectación plantar y la morbilidad secundaria supusieron sucesivos cambios de tratamiento hasta finalmente conseguir una respuesta eficaz, mejorando la calidad de vida de nuestro paciente.

### 112. PSORIASIS Y ENFERMEDAD DE CROHN SECUNDARIA A ANTI-IL-17 CON BUEN CONTROL DE CLÍNICA DIGESTIVA Y CUTÁNEA CON GUSELKUMAB

D. Vega Díez, A.B. Piteiro Bermejo, A. Rodríguez-Villa Lario, I. Polo Rodríguez y S. Medina Montalvo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Varón de 37 años, con historia de psoriasis en placas moderada-severa de más de 10 años de evolución refractaria a múltiples tratamientos sistémicos y biológicos, que ha recibido tratamiento con etanercept, adalimumab, ustekinumab 45 e ixekizumab. Con este último, pese a gran mejoría, comienza a los 3 meses de iniciado el fármaco de cuadro abdominal diagnosticado de enfermedad de Crohn secundario a tratamiento anti-IL-17, suspendiéndose en ese momento el tratamiento, con rápida desaparición de la clínica digestiva, pero con empeoramiento. Dado este empeoramiento se comienza con ustekinumab 90 con mejoría parcial (tras 6

meses de tratamiento el paciente pasa a PASI 17,40 y una BSA de 20,50%). Dada respuesta insuficiente y elevado DLQI (15) se decide el cambio a guselkumab con mejoría muy rápida sin reagudización de clínica digestiva.

**Discusión.** La gran variedad de tratamientos actualmente disponibles para la psoriasis en placas moderada-severa permite un tratamiento óptimo de los pacientes según sus comorbilidades y características específicas. En este caso, gracias al cambio de diana terapéutica, permite conseguir el objetivo terapéutico en aquellos pacientes que se han mostrado refractarios a otras líneas de tratamiento.

**Conclusión.** Presentamos el caso de un paciente con psoriasis en placas moderada-severa con antecedentes de varias líneas de fármacos biológicos suspendidos, tanto por fallo primario como secundario, así como por inicio de enfermedad inflamatoria Intestinal en el contexto de comienzo de fármaco biológico anti-IL-17, con buenos resultados clínicos en la semana 8 tras inicio de tratamiento con guselkumab.

### 113. TOXICIDAD CUTÁNEA AGUDA Y CRÓNICA POR METOTREXATO EN PACIENTES CON PSORIASIS

L. Quintana Castanedo<sup>a</sup>, C. Chiloeches Fernández, M.L. Alonso Pacheco, E.J. Tarín Vicente, R. Feltes Ochoa y P. Herranz Pinto

*Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** Metotrexato es uno de los fármacos más utilizados en pacientes con psoriasis que requieren terapia sistémica, considerándose seguro cuando se utiliza a dosis inferiores de 25 mg semanales. Los efectos adversos cutáneos y mucosos se explican tanto por las características farmacológicas del metotrexato como por sobredosificación.

**Métodos.** Presentamos una serie de tres pacientes con diagnóstico de psoriasis en placas en tratamiento con metotrexato a dosis bajas que desarrollan toxicidad aguda y crónica. El primer caso es una paciente que comienza con un cuadro de ulceración de las placas de psoriasis y pancitopenia secundarios a sobredosificación de metotrexato por error posológico, con desenlace fatal. El segundo caso es un paciente que tras una sobredosificación por error posológico desarrolla una mucositis severa. El tercer caso trata de una paciente con glosodinia, sensación urente y molestias con la deglución en mucosa oral de meses de evolución que, tras múltiples líneas terapéuticas, mejora tras la reducción de dosis de metotrexato.

**Discusión y conclusiones.** La prevalencia de la toxicidad por metotrexato en pacientes con psoriasis es de alrededor del 60%, siendo las molestias gastrointestinales el efecto adverso más frecuente. La toxicidad en médula ósea es uno de los efectos adversos más graves, observado en alrededor del 30% de los pacientes. La necrólisis epidérmica inducida por metotrexato es un efecto adverso raro aunque muy característico de la toxicidad por este fármaco y potencialmente mortal, que se manifiesta en forma de ulceración de las placas de psoriasis. A pesar de que se cuenta con una amplia experiencia en el uso de metotrexato, la morbilidad asociada y la potencial mortalidad relacionada con la toxicidad aguda justifica que se lleve a cabo una monitorización estrecha de estos pacientes. Es fundamental valorar al paciente de forma individualizada a la hora de iniciar el tratamiento y tener en cuenta factores como la edad, el nivel sociocultural y las comorbilidades asociadas, asegurando siempre la adecuada comprensión de la pauta posológica. En pacientes que estén recibiendo tratamiento con metotrexato y presenten molestias en la mucosa oral, se debe incluir siempre en el diagnóstico diferencial la estomatitis tóxica. Aunque el tratamiento con dosis bajas de metotrexato se considera seguro, el conocimiento de sus potenciales efectos adversos y su manejo por parte de dermatólogos es obligado.

### 114. PSORIASIS Y ANTI-PD-1/ANTI-PDL-1: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PROPUESTA DE ALGORITMO DE MANEJO

E. Sánchez-Martínez<sup>a</sup>, M. Sáez-Belló<sup>a</sup>, S. Santos-Alarcón<sup>a</sup>, S. Ochendusko<sup>b</sup> y A. Mateu-Puchades<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** La toxicidad cutánea por anti-PD1 y anti-PDL1 se puede manifestar con una clínica muy variada, entre la que se incluye la psoriasis.

**Casos clínicos y métodos.** Desde nuestro centro presentamos 3 pacientes que desarrollaron psoriasis en consecuencia al tratamiento con anti-PD1 y anti-PDL1 para carcinoma vesical, carcinoma de laringe y melanoma metastásico, que presentaron como formas clínicas psoriasis en placas dos de ellos y psoriasis palmo-plantar el restante. Junto a estos datos, realizamos una búsqueda bibliográfica de todos los pacientes publicados hasta la fecha con psoriasis por anti-PD-1 y anti-PDL-1.

**Resultados y discusión.** Sumando nuestros pacientes a los publicados en la literatura, existen 43 casos de psoriasis inducida o agravada por anti-PD1 (26 por nivolumab y 12 por pembrolizumab) y anti-PDL1 (3 por atezolizumab y 2 por durvalumab). La media de tiempo desde la introducción de la inmunoterapia hasta la aparición de las lesiones de psoriasis fue de 9,63 semanas. Mediante una extrapolación de los casos publicados, proponemos un algoritmo de manejo de los pacientes con psoriasis en tratamiento con anti-PD-1 y anti-PDL-1. El primer punto reside en la necesidad de un screening sobre los antecedentes personales y familiares de psoriasis del paciente por parte del oncólogo, para facilitar un diagnóstico precoz. Una vez presentes las lesiones de psoriasis, ofreceremos en base a la extensión (PASI) y repercusión en la calidad de vida (cuestionario DLQI) un tratamiento tópico (usado en monoterapia en 20/43 de los pacientes descritos) o sistémico, priorizando entre estos últimos la fototerapia y los retinoides por su ausencia de efecto inmunosupresor (usados en 5/43 y 9/43 pacientes respectivamente), que pudiese repercutir negativamente en la evolución de la enfermedad neoplásica. Si existe artritis psoriásica asociada, metotrexato junto a prednisona oral a dosis bajas ha sido utilizado en dos ocasiones. En caso de no respuesta o contraindicación, se pueden proponer apremilast o incluso tratamientos biológicos, que se han usado con éxito y de forma segura en pacientes aislados. Si garantizamos un tratamiento eficaz, puede no ser necesario interrumpir la inmunoterapia por motivo de la psoriasis (fue discontinuada en un 23% de los pacientes de forma temporal y en un 19,23% de forma definitiva).

**Conclusiones.** Los dermatólogos debemos aprender a reconocer y manejar los efectos adversos cutáneos inmunorrelacionados por anti-PD-1 y PDL-1, entre los que se encuentra la psoriasis. En este contexto, resulta imprescindible la colaboración con oncología para acelerar el proceso diagnóstico y ofrecer al paciente la mejor opción terapéutica que lo mantenga sin lesiones, pero sin intervenir negativamente en la enfermedad neoplásica.

### 115. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO Y SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN UNA SERIE DE 22 PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN LA PROVINCIA DE VALLADOLID

C. Delgado Mucientes, M. Garayar Cantero, Á. Aguado García, J. Valtueña Santamaría, D. Ruiz Sánchez, L. Barrutia Etxebarria, M. Núñez Cabezón, A. González López, T. Pozo Román, C. Sanz Muñoz, C. Muñoz Fernández-Lomana y P. Manchado López

*Hospital Clínico Universitario. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.*

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria sistémica cuya prevalencia estimada en nuestro país es del 2,3%. La IL-17 A desem-

peña un papel fundamental en el control de la proliferación y activación del exceso de queratinocitos. Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal con alta afinidad y especificidad que se une a la IL-17 A neutralizándola. Su efectividad y seguridad se ha demostrado en los ensayos clínicos.

**Objetivo.** Valorar la persistencia del tratamiento y seguridad de ixekizumab en práctica clínica real.

**Material.** Estudio descriptivo observacional retrospectivo que incluye 22 pacientes con psoriasis moderada grave tratados con ixekizumab en los Servicios de Dermatología del Hospital Río Hortega y Clínico Universitario de Valladolid desde octubre de 2017 hasta noviembre de 2019.

**Resultados.** Veintidós pacientes con psoriasis moderada grave tratados con ixekizumab según dosis de ficha técnica, 72,7% mujeres, 33,3% presentaban síndrome metabólico, 40% artritis psoriásica, 8 pacientes eran naïve a biológico, 9 pacientes habían recibido un biológico previo, 3 pacientes 2 biológicos previos y 2 pacientes 3 biológicos previos al ixekizumab. La persistencia del tratamiento fue del 84,2%, solo hubo 3 interrupciones, 2 por fallo secundario y una por embarazo de una paciente. En cuanto a la seguridad, se registraron 4 eventos adversos leves (cistitis, habones en el punto de inyección y aumento de artralgias) y uno severo (oclusión de la arteria central de la retina del ojo izquierdo), este último no se relacionó con el fármaco.

**Conclusiones.** En nuestra serie, ixekizumab ha mostrado ser un fármaco seguro y con una elevada tasa de persistencia (84,2%) durante un tiempo medio de seguimiento de 12 meses, tanto en pacientes naïve como en aquellos con biológico previo, lo que coincide con los datos mostrados en los ensayos clínicos y en otras series de práctica clínica real.

#### 116. ECCEMA GENERALIZADO POR CERTOLIZUMAB

M. Molins Ruiz, D. de Perosanz Lobo, A. Arana Raja, N. Jiménez Gómez y A. Ballester Martínez

*Servicio de Dermatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** Certolizumab es un fármaco biológico anti-TNF utilizado en psoriasis. Las reacciones eczematosas secundarias a tratamiento anti-TNF están ampliamente descritas en la literatura, pero en menor medida en el caso de certolizumab.

**Caso.** Mujer de 52 años de edad con diagnóstico de psoriasis de 5 años de evolución sin respuesta a tratamiento con tópicos ni fototerapia y artritis psoriásica asociada con deseo gestacional y pendiente de inicio de tratamiento de fertilidad en seguimiento en nuestro servicio. Ante importante afectación cutánea (PASI 9) y coexistencia de la artritis, se decide inicio de certolizumab en julio de 2019 con buena respuesta. Tras 4 meses de tratamiento comenzó con lesiones eczematosas generalizadas muy pruriginosas junto con celulitis infecciosa del pie izquierdo. Se instauró tratamiento corticoide tópico, antibiótico oral y suspensión temporal del fármaco. La celulitis se resolvió tras 7 días de antibioterapia. Las lesiones eczematosas están prácticamente resueltas, permaneciendo sin lesiones de psoriasis en el momento actual (PASI 0).

**Discusión.** Certolizumab es un fármaco biológico anti-TNF que se considera seguro en la gestación ya que se ha demostrado que no traspasa la barrera placentaria. Las reacciones eczematosas son un efecto adverso que aparece en aproximadamente un 5-20% de los pacientes que están en tratamiento con anti-TNF, sobre todo en casos de psoriasis y en menor medida artritis reumatoide o enfermedad inflamatoria intestinal. Parece que la historia personal de atopia incrementa el riesgo. Según lo descrito en la literatura parece tener más riesgo infliximab frente a otros. En el caso de certolizumab está escasamente documentado en la literatura, debido probablemente a la menor experiencia en el uso de este fármaco. Se postula que al inhibir la vía TH1 favorecen un aumento de la actividad vía TH2 implicada en el eccema. En general no se reco-

mienda la suspensión del tratamiento y suele manejarse de forma adecuada con corticoterapia vía tópica. En nuestro caso debido a la coexistencia con una celulitis infecciosa, se decidió suspensión temporal del fármaco con posterior reintroducción.

#### 117. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CUTÁNEA EN PLACAS CON BAÑO PUVA

P. Manrique Martínez y P. Cea Ugarte

*Servicio de Dermatología. Hospital de Galdakao. Bilbao. España.*

Se presenta una serie de 30 pacientes con diagnóstico de psoriasis cutánea en placas, todos ellos con indicación de tratamiento sistémico clásico y/ o biológico, tratados con baño PUVA, bien como tratamiento de primera línea, bien como tratamiento de rescate de pacientes ya en tratamiento con sistémicos clásicos o biológicos.

**Objetivo.** Valorar la respuesta a dicho tratamiento.

**Resultados.** En más del 70% de casos se obtuvo una respuesta con blanqueamiento completo a las 12 semanas. El periodo libre de enfermedad en 30% de casos fue de 24 semanas. En dos pacientes se suspendió el tratamiento por incomparecencia.

**Conclusiones.** El tratamiento con baño PUVA en pacientes con psoriasis cutánea en placas, en pacientes con indicación de tratamiento sistémico, bien como primera línea de tratamiento, bien como rescate en tratamientos sistémicos y/o biológicos, es seguro y de una gran aceptabilidad por los pacientes.

#### 118. ANTI-IL17, APREMILAST, USTEKINUMAB... INDUCEN ANA?

S. Armesto, A.E. López Sundh, M.C. González Vela, I. Navarro, M. Drake, M. Marcellan, A. Quintana, B. Castro, C. Duran, J.S. Gundin, L. Reguero, C. López Obregón, A. Illaro, J. Mayorga, M.T. Arias, C. Gómez, M.A. González, R. Blanco y M.A. González Gay

*Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Revisamos la aparición de anticuerpos (ANA) frente a los fármacos citados comparativamente a los ya estudiados anti-TNF.

#### 119. TERMINOLOGÍA CIENTÍFICA EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN PSORIASIS: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PROPUESTA DE DEFINICIÓN DE DICHS TÉRMINOS POR UN GRUPO DE EXPERTOS EN PSORIASIS

J.M. Carrascosa-Carrillo<sup>a</sup>, I. Belinchón Romero<sup>b</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>c</sup>, A. López-Ferrera<sup>d</sup> y L. Salgado-Boquete<sup>e</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. Alicante. Departamento de Dermatología. <sup>c</sup>Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid. <sup>d</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. España.*

**Objetivo.** La evaluación de la respuesta terapéutica en psoriasis es imprescindible en cualquier estrategia fundamentada en criterios objetivos. Sin embargo, las definiciones presentes en la literatura médica son a menudo heterogéneas. Por otro lado, las definiciones utilizadas en los ensayos clínicos son con frecuencia poco aplicables en la práctica clínica habitual. Con el objetivo de unificar conceptos referidos a la respuesta terapéutica que puedan ser de utilidad en la práctica clínica de las consultas de dermatología, se ha elaborado un proyecto en 2 fases. En la primera se describirán y contrastarán las definiciones de los términos. Posteriormente, a través de

procedimientos metodológicos adecuados, se realizará una propuesta de definición por un grupo de expertos en psoriasis. Se presentan aquí los resultados de la primera fase del proyecto: búsqueda y revisión bibliográfica.

**Material.** Varios dermatólogos con experiencia en psoriasis elaboraron un listado de términos identificativos de las definiciones de respuesta terapéutica: response, remission, sustained response, therapeutic failure, insufficient response, lack of response, loss of response, relapse. Se consultó la base de datos MEDLINE, acotando la búsqueda a investigaciones en humanos, desde el año 2000 y usando como referencia las principales guías en psoriasis. Se analizó el número de entradas relativas a cada término, realizando un análisis comparativo entre los resultados de las publicaciones de ensayos clínicos y otro tipo de estudios.

**Resultados.** Se obtuvieron 976 entradas, de las cuales el 19,5% se encontraban en artículos sobre ensayos clínicos y el 80,5% en otro tipo de estudios. Los términos de búsqueda aparecieron en un porcentaje similar en ambos grupos aunque el número de definiciones contenidas en los artículos fue superior en el grupo de publicaciones de ensayos clínicos. Con relación a los términos utilizados en estas últimas publicaciones, los porcentajes de definiciones fueron los siguientes: response 32%, remission 13%, sustained response 6%, therapeutic failure 4%, insufficient response 2%, lack of response 2%, relapse 40%.

**Conclusiones.** En la literatura científica no existe consenso sobre los términos de evaluación de respuesta al tratamiento en psoriasis. Conceptos como respuesta, remisión, fracaso terapéutico o recaída se definen en un bajo porcentaje de estudios publicados.

## 120. PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

R.M. Romero Jiménez<sup>a</sup>, O. Baniandrés Rodríguez<sup>b</sup>, P. Morales de los Ríos Luna<sup>b</sup>, E. Chamorro de Vega<sup>a</sup>, P. Villalpando Vargues<sup>b</sup> y A. Herranz Alonso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Objetivo.** Desarrollar un programa de atención integral para los pacientes con psoriasis en tratamiento con terapias biológicas (TB) dirigido a la mejora de la calidad en la atención y a la optimización de los resultados en salud. El programa se incluye dentro de uno general para los pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad en tratamiento con TB.

**Material.** En febrero de 2019 se creó el Centro de Enfermedades Inflamatorias Mediadas por la Inmunidad (CEIMI), constituido por una unidad de atención integral a los pacientes en tratamiento con TB, de carácter multidisciplinar y de alta especialización. Los pacientes son atendidos de forma multidisciplinar por médicos especialistas (dermatólogos, reumatólogos y digestivos), farmacéuticos especialistas y enfermeras de práctica avanzada (EPA), siguiendo un circuito programado. Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes con psoriasis en placas moderada-grave en tratamiento con TB. Se definieron unos indicadores para la monitorización de los resultados en salud.

**Resultados.** De febrero a octubre de 2019, un total de 198 pacientes con psoriasis en tratamiento con TB fueron atendidos en el CEIMI. Los indicadores de resultados obtenidos son los siguientes:

- Indicadores de actividad: n° de pacientes atendidos/día en la consulta del dermatólogo: 11,3; en la consulta de enfermería: 14,8; en la consulta del farmacéutico: 17,1; n° de pacientes que inician TB: 21.
- Indicadores de seguridad: % pacientes con efecto adverso grado  $\geq 3$ : 0,4%; % suspensiones de tratamiento por efecto adverso: 0,4%; % pacientes con infección: 1,2%; n° de tarjetas amarillas notificadas: 5.

- Indicadores de eficiencia: % pacientes con biosimilar: 18,8%; % pacientes con espaciamento: 55,1%; % pacientes con intensificación: 0,5%.
- Indicadores de calidad asistencial: % pacientes con adherencia > 90%: 89%.

**Conclusiones.** El programa constituye un nuevo modelo de atención integral, multidisciplinar y centrado en el paciente. Este modelo se basa en la participación de médicos especialistas, farmacéuticos y EPA, y la incorporación de pacientes expertos integrados en el equipo, lo que favorece la accesibilidad de los pacientes y la coordinación entre profesionales.

## 121. SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS GRAVE. POSICIONAMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

T. Kueder Pajares, C. Horcajada Reales, A. Romero Maté, A. Aranzazu Pou y J. Borbujo Martínez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

**Objetivos.** Conocer el perfil de utilización y posicionamiento de secukinumab en pacientes con psoriasis tratados en nuestro hospital en práctica clínica real, así como la supervivencia del fármaco. **Material.** Estudio retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes en tratamiento con secukinumab entre febrero de 2016 y diciembre de 2019. Se recoge la posición de tratamiento, las características de los pacientes y la supervivencia del fármaco en cada línea.

**Resultados y conclusión.** En nuestra experiencia, la supervivencia de secukinumab es mejor en pacientes naive, siendo buena también cuando es utilizado en otro posicionamiento.

## 122. SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS GRAVE. SEGURIDAD Y EFICACIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

C. Horcajada Reales, T. Kueder Pajares, A. Romero Maté, A. Aranzazu Pou y J. Borbujo Martínez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

**Objetivos.** Revisar la eficacia y seguridad de secukinumab en pacientes con psoriasis tratados en nuestro centro.

**Material.** Estudio retrospectivo. Se revisan los pacientes tratados con secukinumab durante el periodo de estudio (febrero 2016-diciembre 2019) en práctica clínica habitual y con al menos 3 meses de seguimiento. Se obtuvieron de las historias clínicas los datos demográficos, edad al inicio de la enfermedad, presencia de artritis y/o hígado graso como comorbilidades, tratamientos biológicos previos realizados, eficacia valorada con el índice de severidad y área de psoriasis (PASI) y efectos adversos presentados.

**Resultado y conclusión.** En nuestra experiencia, secukinumab muestra un buen perfil de eficacia y seguridad comparable al de los ensayos clínicos. Durante el periodo revisado no se han producido efectos adversos graves.

## 123. ANÁLISIS REGIONAL SOBRE EL ESTADO Y LAS NECESIDADES ACTUALES Y EXPECTATIVAS DE FUTURO EN PSORIASIS: NECESIDADES ACTUALES Y EXPECTATIVAS FUTURAS

L. Salgado-Boquete<sup>a</sup>, M. Ribera<sup>b</sup>, E. Monte<sup>c</sup>, M. Llamas Velasco<sup>d</sup>, F. Palomar<sup>e</sup>, M. García Bustinduy<sup>f</sup>, S. Ros<sup>g</sup>, E. Loza<sup>h</sup> y S. Alfonso<sup>i</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra  
<sup>b</sup>Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell. Barcelona.  
<sup>c</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>e</sup>Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Hospital General Universitario de Valencia. Servicio de Dermatología. <sup>f</sup>Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. <sup>g</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.  
<sup>h</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. <sup>i</sup>Acción Psoriasis. España.

**Objetivos.** Analizar necesidades actuales y expectativas futuras de la psoriasis en las distintas comunidades autónomas (ccaa) según los pacientes.

**Material.** Encuesta diseñada por grupo multidisciplinar de profesionales (dermatología, farmacia, enfermería y psicología) y realizada en formato electrónico estructurado a pacientes con psoriasis a través de las vías de comunicación de Acción Psoriasis, con representación nacional y autonómica en España.

**Resultados.** Se analizaron 1.265 encuestas de 7.143 socios. El 20,7% de las encuestas provienen de Cataluña, y el 16,9% de la Comunidad de Madrid. La principal necesidad enunciada por las 17 ccaa es la relacionada con el control para mantener la piel aclarada a largo plazo. Este fue nulo o muy pequeño en el 46% de los pacientes encuestados, con porcentajes por ccaa del 74% en Navarra o 61% en Baleares. Las 2 siguientes necesidades demandadas por 15 de las 17 ccaa, son la reducción en el número de brotes y control de las lesiones a largo plazo. Fueron descritos como nulo o muy pequeño en Navarra (47,4% y 36,8%) y País Vasco (45,4% y 42,6%). No hubo diferencias significativas entre ccaa con relación a la preocupación por los posibles efectos adversos (que fue mucha o bastante en el 82% en Galicia). Tampoco en la preocupación por la aparición de brotes entre dosis, o en el tiempo que tarda en hacer efecto la medicación. Al preguntar sobre cómo se imaginan su futuro con psoriasis, no se encontraron diferencias significativas entre ccaa en deseo de mantener la piel totalmente aclarada a largo plazo, con síntomas controlados a largo plazo, o sin impacto en la vida personal, laboral y social. Sí hubo diferencias en la respuesta que dice que los pacientes no tienen sensación de que la psoriasis condiciona su día a día, donde el porcentaje de pacientes que se imaginan así varía del 9,5% de Navarra al 59% de Cantabria. También en cuanto a imaginarse en una situación sin brotes de la enfermedad, donde así se ven el 21% en Extremadura y el 73% en Cantabria, así como imaginarse con alguna lesión mínima (manchas, placas, escamas), en este caso los porcentajes van del 8% en Murcia al 44% en Aragón.

**Conclusiones.** Aunque en general existe poca variabilidad en las necesidades actuales y expectativas de futuro de los pacientes con psoriasis en las ccaa, se detectan necesidades no cubiertas en muchos pacientes con psoriasis.

#### 124. RIESGO DE FIBROSIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON METOTREXATO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA: ESTUDIO FIRST

M. Ferran<sup>a</sup>, R. Rivera<sup>b</sup>, E. Vilarrasa<sup>c</sup>, M. Ribera<sup>d</sup>, E. Roe<sup>e</sup>, T. Kuerder<sup>e</sup>, A.I. Zayas<sup>f</sup>, L. Martínez-Molina<sup>g</sup>, J. Mataix Díaz<sup>h</sup>, I.M. Rodríguez-Nevado<sup>i</sup>, T. Usero-Bárcena<sup>j</sup>, D. de la Mano<sup>k</sup>, C. García-Donoso<sup>l</sup>, G. Guinea<sup>m</sup>, V. Martín<sup>n</sup> y A. Oliveira<sup>n</sup>

Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. <sup>c</sup>Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>d</sup>Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>e</sup>Hospital Fuenlabrada. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>g</sup>Hospital de Viladecans. <sup>h</sup>Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>i</sup>Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>j</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti.

Lugo. <sup>k</sup>Hospital San Agustín. Avilés. Principado de Asturias. <sup>l</sup>Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. <sup>m</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona. <sup>n</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

**Objetivo.** El estudio FirST analizó el impacto de la psoriasis moderada-grave en la calidad de vida de pacientes (pts) tratados con MTX  $\geq 16$  semanas, la respuesta clínica en psoriasis y el riesgo de esteatosis/fibrosis hepática en condiciones de práctica clínica habitual en 54 servicios de dermatología en España.

**Material.** Estudio observacional, no intervencionista, transversal, retrospectivo, multicéntrico. Pts  $\geq 18$  años con psoriasis en placa moderada-grave tratados con MTX  $\geq 16$  semanas antes de su inclusión. PASI, BSA, IGA, DLQI, VAS de prurito y CESTEP obtenidos en una única visita clínica rutinaria. Datos relativos a riesgo de esteatosis y fibrosis hepática recogidos retrospectivamente de la historia clínica. Clasificación: 1) riesgo de esteatosis (HSI riesgo alto  $\geq 36$ ). 2) riesgo de fibrosis avanzada F3-F4 (FIB-4 bajo  $< 1,3$ ; alto  $> 2,67$ ; intermedio 1,3-2,67; NAFLD-FS bajo  $< -1,455$ ; alto  $> 0,676$ ; intermedio -1,455-0,676). Se correlacionaron características basales y riesgo de fibrosis.

**Resultados.** Cuatrocientos cincuenta y siete (96%) pts evaluables: hombres 56,5%, edad media (DE) 53,3 (14) años, diagnóstico psoriasis 10,8 (12,8) años, IMC 28 (5,1) kg/m<sup>2</sup>, consumo alcohol 2,9%, artritis psoriásica 18,4%. Comorbilidades: metabólicas 44,4%. Tratamiento MTX: dosis media 12,6 (4,6) mg/semana, tiempo medio 2,5 (2,7) años. 64,1% pts con esteatosis hepática según HSI. 37,2% con riesgo intermedio/alto de fibrosis hepática avanzada por NAFLD-FS (32,9% y 4,3%, respectivamente) y 26,4% por FIB-4 (24,9% y 1,5%, respectivamente). La dosis de MTX en la visita era significativamente inferior en pts con riesgo intermedio/alto de fibrosis por NAFLD-FS ( $< -1,455$ : 13,2 mg/semana;  $> -1,455$ : 12,1 mg/semana;  $p = 0,0181$ ) y por FIB-4 ( $< 1,3$ : 13,2 mg/semana;  $> 1,3$ : 11,7 mg/semana;  $p = 0,0023$ ). Los pts con riesgo intermedio/alto de fibrosis avanzada mediante ambos índices llevaban más tiempo con MTX (NAFLD-FS  $> -1,455$ : 158,1 [203,3] semana vs.  $< -1,455$ : 118 [114,6] semana;  $p = 0,0356$ ; FIB-4  $> 1,3$ : 181,7 [205,1] semana vs.  $< 1,3$ : 108,6 [190,4] semana;  $p < 0,0001$ ). Edad (64,2 [12] vs. 46,6 [12,1] años;  $p < 0,0001$ ) e IMC (29,8 [6] vs. 26,7 [4,4] kg/m<sup>2</sup>;  $p < 0,0001$ ) se correlacionaron con riesgo intermedio/alto de fibrosis.

**Conclusiones.** Los pts con psoriasis y uso más prolongado de MTX presentaron mayor riesgo de fibrosis hepática avanzada. El uso de MTX requiere una cuidadosa evaluación hepática en estos pacientes.

#### 125. ADAPTACIÓN CULTURAL DEL CUESTIONARIO PURE-4 PARA EL CRIBAJE DE ARTRITIS PSORIÁSICA PARA POBLACIÓN ESPAÑOLA

I. Belinchón<sup>a</sup>, R. Queiro<sup>b</sup>, L. Salgado-Boquete<sup>c</sup>, A. López-Ferrer<sup>d</sup>, M. Ferran<sup>e</sup>, P. Coto-Segura<sup>f</sup>, R. Rivera<sup>g</sup>, D. Vidal<sup>h</sup>, L. Rodríguez<sup>i</sup>, P. de la Cueva<sup>j</sup>, G. Guinea<sup>k</sup> y V. Martín Vázquez<sup>k</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. Universidad Miguel Hernández. Alicante. <sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Servicio de Dermatología. <sup>c</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>d</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Álvarez-Buylla. Asturias. <sup>g</sup>Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>h</sup>Hospital de Sant Joan Despi Moisés Broggi. Barcelona. <sup>i</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>j</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>k</sup>Novartis Pharmaceuticals Spain. Barcelona. España.

**Objetivo.** PURE-4 es una herramienta que puede facilitar a los dermatólogos la identificación de pacientes (pts) con posible artritis psoriásica y su derivación al servicio de reumatología para confirmar el diagnóstico. La versión original en inglés presenta buenas

propiedades diagnósticas (85,7% sensibilidad, 83,6% especificidad). El presente trabajo adaptó el cuestionario PURE-4 para población española como paso previo a su validación.

**Material.** La adaptación se realizó utilizando metodología recomendada por ISPOR para adaptaciones culturales de medidas centradas en pts. Fases: preparación, traducción, reconciliación, retrotraducción/visión, armonización, test de comprensión/visión, corrección de pruebas. En la preparación se obtuvo permiso del autor del cuestionario original para su adaptación cultural. Dos traductores nativos españoles realizaron 2 traducciones literales e independientes. Con ellas el responsable del proyecto y un comité científico (un dermatólogo y un reumatólogo) realizaron la reconciliación. Con la retrotraducción al inglés se logró una versión equivalente al PURE-4 original que se tradujo al español y se administró el test de comprensión a 7 pts, resultando la versión final del PURE-4 en español. **Resultados.** Edad media (DE) de los pts que realizaron el test de comprensión de 60 (34) años, 57% mujeres, 57% con estudios superiores. Todos contestaron y ninguno declaró dificultades de comprensión en ningún ítem/expresión. Tras revisar sus sugerencias y el formato, se obtuvo la versión final:

1. Signos sugestivos de dactilitis (dedo en forma de salchicha).  
¿Ha tenido alguna vez dolor e hinchazón/inflamación que afectara a todo un dedo de la mano o del pie?
2. Dolor con inflamación en el talón.  
¿Ha tenido o notado alguna vez dolor en el talón al ponerse de pie por la mañana?
3. Dolor en los dos glúteos.  
¿Ha tenido alguna vez dolor en el glúteo derecho o izquierdo, al mismo tiempo o por separado?
4. Dolor articular con hinchazón, antes de los 50 años.  
¿Ha tenido alguna vez hinchazón o dolor en una articulación (manos, pies, rodillas o tobillos, por ejemplo)?

**Conclusiones.** Hasta el momento el cuestionario PURE-4 no había sido adaptado culturalmente al español. Su adaptación constituye la primera etapa para su uso en práctica clínica habitual. La metodología estandarizada garantiza la equivalencia entre la versión en español y la original.

## 126. PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON METOTREXATO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA: ESTUDIO FIRST

R. Rivera<sup>a</sup>, E. Vilarrasa<sup>b</sup>, M. Ribera<sup>c</sup>, E. Roe<sup>b</sup>, T. Kuerder<sup>d</sup>, A.I. Zayas<sup>e</sup>, L. Martínez-Molinaf, J. Mataix Díaz<sup>g</sup>, I.M. Rodríguez-Nevado<sup>h</sup>, T. Usero-Bárcena<sup>i</sup>, D. de la Mano<sup>j</sup>, C. García-Donoso<sup>k</sup>, G. Guinea<sup>l</sup>, V. Martín<sup>l</sup> y M. Ferran<sup>m</sup>

*Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>c</sup>Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>d</sup>Hospital Fuenlabrada. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>f</sup>Hospital de Viladecans. <sup>g</sup>Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>h</sup>Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>i</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>j</sup>Hospital San Agustín. Avilés. Principado de Asturias. <sup>k</sup>Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. <sup>l</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona. <sup>m</sup>Departamento de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España.*

**Objetivo.** El estudio FirST describe la proporción de pacientes (pts) con psoriasis (PsO) moderada-grave tratados con MTX  $\geq$  16 semanas que no reportan impacto en su CVRS, respuesta clínica y riesgo de fibrosis hepática.

**Material.** Estudio observacional, no intervencionista, transversal, retrospectivo, multicéntrico, en práctica clínica habitual. Pts  $\geq$  18 años con PsO en placa moderada-grave tratados con MTX  $\geq$  16 semanas antes de su inclusión. Datos primarios obtenidos de una úni-

ca visita rutinaria: DLQI, VAS de prurito, CESTEP, PASI, BSA y PGA. Para determinar riesgo de esteatosis y fibrosis hepática a través de HSI y NAFLD score se recogieron datos de hasta 16 semanas previas a la visita de estudio.

**Resultados.** Cuatrocientos setenta y seis pts incluidos: 457 (96,0%) evaluables. El 56,5% hombres, edad media (DE) 53,3 (14) años, IMC 28,0 (5,1) kg/m<sup>2</sup>. 60,0% con comorbilidades: 44,4% enfermedades metabólicas; 13,1% trastornos psiquiátricos previos; 30% filtrado glomerular < 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El 50,3% de los pts logró DLQI 0/1 aunque el 17,1% presentó impacto moderado-grave en su CVRS (DLQI > 5). El 82,6% presentó PASI < 5; 12,7% PASI  $\geq$  5-10; 4,6% PASI > 10. El 52,5% presentó BSA < 3; 37,2% BSA 3-10, y el 10,3% BSA > 10. El 8,3% pts no alcanzó una respuesta adecuada al tratamiento según las actuales recomendaciones españolas (PASI < 5 o PGA = 0/1 o DLQI < 5), mientras que el 30% no alcanzó una respuesta adecuada al tratamiento según (PASI < 5 o PGA  $\leq$  1) y DLQI < 5. El 10,8% pts mostró PsO moderada-grave de acuerdo con PASI  $\geq$  10 y/o DLQI  $\geq$  10. El 25,4% pts no mostró prurito aunque el 35,2% mostró prurito moderado-muy grave. La PsO en cuero cabelludo o zonas visibles, menor edad, historia previa de depresión y prurito se relacionaron con mayores valores de DLQI. El 64,1% pts evaluables para HSI (n = 390) mostraron esteatosis hepática y el 37,2% de los pts evaluables para la puntuación NAFLD (n = 280) mostró riesgo intermedio/alto de fibrosis avanzada. Los pts con riesgo intermedio/alto de fibrosis avanzada llevaban más tiempo con MTX 158,1 (203,3) semana vs. 118 (114,6) semana).

**Conclusiones.** Se identificaron necesidades no cubiertas en relación con CVRS, parámetros clínicos y fibrosis hepática en pts con PsO moderada-grave tratados con MTX. El manejo de estos pts debe revisarse de manera integral, especial atención CVRS, el prurito de los pts, gravedad de la PsO, superficie corporal involucrada y riesgo de esteatosis y fibrosis hepática.

## 127. USTEKINUMAB: EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE 10 AÑOS EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA/GRAVE

P. Díaz Morales, J. Vilar Alejo, S. Herrera Rodríguez, Á.M. García Miñarro, N.D. Naranjo Guerrero, P. Valerín Almazán y G. Carretero Hernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. España.*

**Introducción y objetivo.** Ustekinumab fue aprobado por la FDA en 2009 para el tratamiento de la psoriasis moderada/grave. La eficacia de ustekinumab se ha contrastado en diversos ensayos clínicos en fase III. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad, seguridad y eficiencia de ustekinumab tras 10 años de uso en nuestro hospital, así como evaluar si existen diferencias de respuesta entre la cohorte tratada con pauta de inducción y no inducción.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio observacional retrospectivo, en pacientes con psoriasis en placa moderada-severa, psoriasis palmoplantar y pustulosis palmoplantar que recibieron tratamiento con ustekinumab, según la práctica clínica diaria, entre octubre de 2009 y enero de 2019 en nuestro hospital.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio un total de 83 pacientes, 77 con psoriasis en placa, 3 con pustulosis palmoplantar y 3 con psoriasis palmoplantar. Dentro del grupo de psoriasis en placa, la puntuación media de PASI basal fue de  $7,37 \pm 6,46$  y la DQLI basal de  $8,03 \pm 6,55$ . La duración promedio del tratamiento fue de  $51,25 \pm 35$  meses. El 71% de los pacientes con psoriasis en placas fueron tratados durante 2 años o más, el 80% de los cuales respondieron con un 75% de reducción en su PASI basal. El 47% no inició el régimen de tratamiento de inducción, de los cuales el 80% respondió con una reducción del 75% en su puntaje PASI (PASI75) a los 2 años, siendo el porcentaje de respuesta similar al grupo de inducción (53% de pacientes). No hubo diferencia estadísticamente signifi-

ficativa entre ellos. Ustekinumab sin inducción asocia un menor costo por respondedor.

**Conclusiones.** Ustekinumab es un medicamento efectivo y seguro para el tratamiento de la psoriasis moderada a severa. El tratamiento de pacientes sin inducción tiene la misma efectividad y más eficiencia que con inducción a medio y largo plazo.

### 129. PSORIASIS PALMOPLANTAR DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN TRATADA CON DIMETILFUMARATO: INFORME DE UN CASO CLÍNICO

V. Beteta-Gorriti

*Departamento de Dermatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.*

**Introducción.** Se presenta el caso de una paciente con psoriasis palmo-plantar tratada con dimetilfumarato (DMF), una formulación oral aprobada para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos.

**Caso clínico.** Mujer de 56 años de edad que acude por psoriasis palmo-plantar de dos años de evolución. Antecedentes de esteatosis hepática e hipotiroidismo (en tratamiento con levotiroxina). Sin alergias conocidas. Lleva un año de baja laboral. En la exploración física inicial presenta placas eritemato-queratósicas en el dorso de manos y pies, palmas y plantas, con importante fisuración en dedos de las manos, menor en las plantas de los pies. PGA (Physician's Global Assessment) de 4. Ha sido tratada previamente con corticoides tópicos de alta potencia, acitretina (le causó hipertrigliceridemia), metotrexato (le causó hipertransaminasemia) y fototerapia, con ninguna o poca mejoría. Se inicia DMF 30 mg/día con escalado gradual según ficha técnica. Durante el primer mes presenta rubefacción de 5-10 min de duración y molestias gastrointestinales leves (reacciones adversas observadas con DMF y descritas como muy frecuentes ambas). Debido a los leves efectos secundarios se decide detener el aumento de dosis y mantenerla en 360 mg/día. A los tres meses de iniciar DMF (con la dosis total diaria tolerada de 360 mg) se observa una leve mejoría, la paciente mantiene placas queratósicas en palmas y plantas, pero menos gruesas y sin fisuración. PGA de 3. Sin alteraciones en la analítica durante los tres primeros meses. A los seis meses de iniciar DMF (dosis total diaria de 360 mg) la paciente presenta una mejoría clínicamente relevante. Vuelve a trabajar. PGA de 1. Se reduce la dosis a 240 mg/día (120 mg cada 12 h) por linfopenia (niveles de linfocitos de  $0,92 \times 10^9/l$ ), reacción adversa descrita también como muy frecuente. Próximo control analítico en un mes.

**Conclusiones.** DMF es eficaz para el tratamiento de la psoriasis en localizaciones de difícil tratamiento. No es necesario llegar a la dosis máxima de DMF para alcanzar una respuesta óptima. Se pueden solventar los efectos adversos modulando la dosis. DMF es una alternativa para los pacientes que presenten efectos secundarios con otros tratamientos, tales como hipertransaminasemia o hipertrigliceridemia.

### 130. GOTA A GOTA

A.E. López Sundh, S. Armesto, N. Palmou, C. González Vela, A. de Quintana Sancho, C. González Vela, I. Navarro Fernández, L. Reguero del Cura, C. Durán Vian, M. Drake, P. Munguía Calzada, J.S. Gudín, C. Gómez Fernández, M.A. G. Gay y M.A. González López

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

El apremilast es una molécula que inhibe la fosfodiesterasa 4 y la síntesis de numerosas citoquinas proinflamatorias, incluyendo el factor de necrosis tumoral alfa, la IL-12 y la IL-23, implicadas en la patogenia de la psoriasis. Este fármaco está aprobado para el tratamiento en adultos de la artritis psoriásica y la psoriasis en placas

moderada a grave con respuesta insuficiente o contraindicación para tratamientos sistémicos clásicos. Sin embargo, son numerosas las publicaciones que describen una marcada mejoría clínica de distintas patologías con implicación dermatológica como vitiligo, dermatomiositis o alopecia areata en pacientes que iniciaron tratamiento con apremilast por una psoriasis concomitante. Además, algunos ensayos clínicos aleatorizados han demostrado distintos niveles de eficacia en el tratamiento de otras enfermedades inmunomediadas como Behçet o hidradenitis supurativa, además de psoriasis con localizaciones especiales (cuero cabelludo, uñas y palmo-plantar). En esta ocasión presentamos el caso de un varón de 67 años de edad con historia de artritis gotosa que fue derivado a la consulta de Dermatología para el manejo de una psoriasis pustulosa concomitante. En la exploración física, además de la psoriasis llamaba la atención la presencia de múltiples tofos de dimensiones considerables en articulaciones interfalángicas de ambas manos y en codos. El paciente había sido tratado con hipouricemiantes y antiinflamatorios, a pesar de lo cual seguía refriendo tumefacción, dolor articular e impotencia funcional. Se decidió iniciar tratamiento con apremilast dados los buenos resultados observados en nuestra práctica clínica en psoriasis de predominio palmo-plantar y la limitación para el uso de otros tratamientos sistémicos en este paciente en particular. Después de tres meses de tratamiento con apremilast, el paciente presentaba resolución completa de la psoriasis, pero también una marcada mejoría funcional y disminución de la tumefacción articular y del tamaño de los tofos en relación con la gota. Varios estudios poblacionales han encontrado una mayor prevalencia de artritis gotosa en pacientes con psoriasis comparado con la población general. Además, ambas entidades son enfermedades inflamatorias que pueden cursar con niveles elevados de ácido úrico. En el caso de nuestro paciente, la mejoría observada tras el tratamiento con apremilast podría explicarse por un efecto antiinflamatorio directo a nivel articular, pero también por un mejor control de los niveles de ácido úrico al lograr una mejoría relevante de las lesiones cutáneas.

### 131. LUCES Y SOMBRAS DE ADALIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN LA INFANCIA

M.J. Sánchez-Pujol, A. Docampo-Simón, I. Belinchón e I. Betlloch

*Hospital General Universitario de Alicante- ISABIAL. España.*

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) se utilizan de manera habitual en el tratamiento de múltiples patologías inflamatorias, entre ellas la psoriasis. Adalimumab es uno de los anti-TNF- $\alpha$  más empleados y su uso está aprobado en la infancia. Presentamos una serie de 5 pacientes pediátricos con psoriasis en placas grave y extensa que han requerido manejo con adalimumab. Se trata de 2 niños y 3 niñas, con edad comprendida entre 7 y 15 años, y diagnóstico de psoriasis realizado a los 5.8 años de media. Dos de los pacientes tenían antecedentes familiares de psoriasis, y entre las comorbilidades asociadas encontramos obesidad en 3 de los pacientes, e hígado graso en 2 de ellos. El tratamiento con adalimumab resultó efectivo, consiguiendo rápido aclaramiento de las lesiones en 4 de los pacientes, y mejoría parcial en el último paciente. Sin embargo, 2 casos requirieron la suspensión del tratamiento por reacciones adversas durante el mismo. El primero de los casos que han suspendido el tratamiento es una niña de 10 años, que a los 2 meses del inicio de adalimumab desarrolló alopecia con afectación de la totalidad del cuero cabelludo así como de los miembros, sin presentar nuevas lesiones psoriasiformes, que no ha respondido a tratamiento con corticoides y minoxidil. Se trata de una reacción paradójica infrecuente al fármaco anti-TNF- $\alpha$ , siendo este el primer caso descrito en población pediátrica de alopecia no inflamatoria de distribución universal. El segundo de los casos es una niña de 7 años, que tras 8 meses de tratamiento con adalimumab desarrolló anemia hemolítica autoinmune (AHA) que ha re-

querido la suspensión del fármaco. En la literatura únicamente se ha descrito un caso de AHAi inducida por adalimumab, siendo una reacción tardía en una paciente anciana. Existe controversia en cuanto al manejo de las reacciones paradójicas, que se han descrito con mayor frecuencia en las mujeres, y en relación con adalimumab respecto a otros anti-TNF- $\alpha$ . Se requieren más estudios para

conocer los factores de riesgo para el desarrollo de reacciones paradójicas y adversas a las terapias biológicas, así como el desarrollo de algoritmos óptimos de manejo de las mismas, especialmente en población pediátrica, en la que la prescripción de estos tratamientos debe reservarse para casos graves realizando un seguimiento estrecho de los pacientes.