

## CASOS CLÍNICOS

# Mi experiencia clínica con efalizumab en el Hospital de Conxo

H.A. Vázquez-Veiga, M.J. Seoane-Pose y M.T. Fernández-Blanco

Servicio de Dermatología. Hospital de Conxo. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Resumen.** La psoriasis en placas es una enfermedad crónica que en sus formas moderadas y graves precisa tratamiento sistémico. La necesidad de tratamiento, generalmente prolongado, hace que muchos medicamentos indicados para el tratamiento de la psoriasis no puedan ser utilizados de forma continuada y tengan que ser sustituidos por otros fármacos diferentes pero también con un uso limitado, tanto por sus posibles efectos secundarios, como por su teratogenicidad, el tiempo de uso y la dosis acumulada, entre otros motivos. Los fármacos biológicos han sido diseñados para el control a medio y largo plazo de la enfermedad. Efalizumab es un medicamento que se ha demostrado eficaz y seguro en los pacientes que presentan una psoriasis moderada a grave. Presentamos nuestros resultados en un grupo de 50 pacientes, nuestros casos especiales, la forma en que hemos tratado los efectos secundarios debidos a efalizumab y los debidos a la enfermedad.

**Palabras clave:** psoriasis, efalizumab, biológicos.

### MY CLINICAL EXPERIENCE WITH EFALIZUMAB IN THE HOSPITAL OF CONXO

**Abstract.** Psoriasis in plaques is a chronic disease that requires systemic treatment in its moderate and severe forms. Because the need for treatment is generally prolonged, many medications indicated for its treatment cannot be used continuously and have to be replaced by other different drugs, but also with a limited use, both due to their possible side effects, their teratogenicity, the time of use and accumulated dose, among other reasons. The biological drugs have been designed for middle and long term control of the disease. Efalizumab is a drug that has been shown to be effective and safe in patients who have moderate-to-severe psoriasis. We present our results in a group of 50 patients, our special cases, the form in which we have treated the side effects due to Efalizumab and those due to the disease.

**Key words:** psoriasis, efalizumab, biological.

## Introducción

El objeto del presente trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento con efalizumab de la psoriasis moderada y grave, tomando como base los resultados obtenidos en nuestros 50 primeros pacientes que cumplían los criterios de la *European Medicines Evaluation Agency* (EMEA) para el tratamiento con fármacos biológicos.

Desde el punto de vista clínico, la definición de gravedad de la enfermedad es básica y fundamental para sentar las bases para la indicación de tratamientos sistémicos y para la prescripción de los nuevos fármacos biológicos. Hemos empleado para este fin el *Body Surface Area (BSA)* y el *Psoriasis Area and Severity Index (PASI)*.

Según el BSA, hemos considerado psoriasis moderada cuando la superficie afectada de la piel es superior al 10% y no sobrepasa al 20%, y psoriasis grave cuando está afectada más del 20% de la superficie corporal.

En lo que al PASI se refiere, psoriasis moderada y grave se considera cuando la puntuación alcanza una cifra  $\geq 12$ . En la serie se incluyen tres pacientes con psoriasis palmoplantar, uno de ellos pustuloso y dos pacientes con dermatitis atópica grave asociada a su psoriasis.

Correspondencia:  
Hugo A. Vázquez-Veiga.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital de Conxo.  
Rúa Ramón Baltar, s/n.  
15706 Conxo. Santiago de Compostela. España.

**Tabla 1.** Pacientes, edad y tiempo de tratamiento con efalizumab

	Número de pacientes	%	Edad	Meses de tratamiento
Mujeres	27	46	44,7 ± 15,42	14,48 ± 7,68
Hombres	23	54	49,39 ± 18,41	12,65 ± 7,10
Totales	50	100	46,85 ± 16,85	13,64 ± 7,40

## Nuestra experiencia

Nuestro grupo de 50 pacientes estaba compuesto por 23 (46%) hombres y 27 (54%) mujeres, con una edad media de 46,86 ( $\pm$  16,85) años; en la tabla 1 se detalla la edad media y los meses de tratamiento por cada grupo.

Ninguno de nuestros pacientes presentaba afectación articular. Todos los pacientes tenían analítica de sangre hematológicamente normal, serología negativa para el VIH, la hepatitis C y la hepatitis B. Ningún paciente presentaba síntomas ni signos de tuberculosis activa y los pacientes con intradermorreacción positiva a la tuberculina se trataron con 300 mg/día de isoniacida en ayunas durante 6 meses a la vez de iniciar efalizumab. Para las mujeres en edad fértil la prueba de embarazo resultó negativa.

La radiología simple de tórax que se realizó fue normal.

Previamente habían sido tratados todos con más de un fármaco sistémico para la psoriasis; de ellos, el 82% lo fue con metotrexato (Mtx), el 62% con ciclosporina A (CyA), el 52% con etretinato y/o acitretina, y el 42% con fotoquimioterapia (PUVA y ultravioleta B con y sin alquitranes).

Uno de los pacientes ya había sido tratado con etanercept (tabla 2).

## Inicio del tratamiento con efalizumab

Al inicio de nuestra serie retirábamos por completo los tratamientos sistémicos, pero en la actualidad, al igual que hacen muchos autores, en muchos pacientes no realizamos período de aclarado o lavado, sino que mantenemos la CyA y el Mtx en los pacientes que se encuentren en tratamiento con ellos, realizando el solapamiento inicial de ambos fármacos y reduciendo lentamente el Mtx o la CyA, hasta la retirada de los mismos en los tres primeros meses. Esta actitud, como también ocurre en los casos de exacerbación inflamatoria generalizada (EIG), nos ha causado problemas con la inspección farmacéutica del Servicio Nacional de Salud, ya que en la ficha técnica de efalizumab la medicación figura como monoterapia y no admiten que se asocie a otro antipsoriásico sistémico. La

**Tabla 2.** Tratamientos previos

Fármaco	%
Metotrexato	82
Ciclosporina A	62
Retinoides orales	52
Fototerapia	42
Etanercept	2

dosis inicial fue de 0,7 mg/kg por vía subcutánea (sc), y en la segunda y demás semanas la dosis se incrementó a 1 mg/kg sc, un día fijo a la semana. Dada la frecuencia y la intensidad de las cefaleas y de la aparición del síndrome pseudogripal en nuestros primeros pacientes, hemos decidido utilizar paracetamol en dosis de 1 g en las cuatro primera dosis de tratamiento durante los 2 días posteriores a la inyección, lo que ha disminuido de forma muy importante las molestias iniciales de nuestros pacientes y elevando su nivel de satisfacción.

## Semanas cuarta y octava

A las 4 semanas llevamos a cabo el primer control analítico postratamiento, realizando luego un control analítico mensual durante los tres primeros meses. En ninguno de nuestros pacientes se expresó ninguna alteración del tipo de la trombopenia, ni otro tipo de alteraciones hematológicas ni bioquímicas reseñables.

## Duodécima semana

En la duodécima semana valoramos la reducción del PASI para decidir si continuamos o no la terapia con efalizumab. Consideramos continuar el tratamiento en pacientes que al menos han logrado reducciones del PASI superiores al 50%; estos pacientes han sido tratados durante un período aproximado de 15 meses, sobre todo por las mejoras

**Tabla 3.** Efectos secundarios relacionados con efalizumab

Efecto secundario relacionado con la medicación	Número de pacientes	%	Suspensión de tratamiento
Cefalea	14	28	No
Síndrome pseudogripal	11	22	No
Leucocitosis	1	2	Sí
Artritis	1	2	Sí
Neuritis herpética	1	2	Sí
Totales	28	56	3

en la calidad de vida. A diferencia de la opinión de Kragballe<sup>1</sup>, no consideramos continuar el tratamiento en pacientes quienes a las 12 semanas no han logrado reducciones al menos del 50% del PASI; esta decisión la tomamos porque existen algunos pacientes con bajo índice de respuesta a efalizumab que responden mejor a los biológicos antifactor de necrosis tumoral (TNF), pese a que la vía de administración y la frecuencia no sea tan cómoda, además de que el coste económico global del tratamiento anti-TNF sea más alto. Dos de nuestros primeros pacientes solicitaron abandonar la medicación en este período por aparición de lesiones dolorosas en las manos que interferían en su trabajo habitual y en la conducción de vehículos.

### Efectos secundarios habituales relacionados con la medicación. ¿Cómo lo resolvimos?

El 28% (14) de nuestros pacientes presentaron cefaleas especialmente intensas que se manifestaron durante las 4 primeras semanas, con predominio en las dos primeras; éstas fueron tratadas con paracetamol. A partir de su uso profiláctico, los efectos adversos han mejorado. Lo mismo ha ocurrido con el síndrome pseudogripal, que se ha presentado en un 22% (11) de los pacientes de nuestra serie (tabla 3).

### Efectos secundarios relacionados con la psoriasis. ¿Cómo lo resolvimos?

Lo que hemos denominado como cambio de forma clínica de la psoriasis ha sido el efecto secundario más frecuente (tabla 4).

Generalmente ocurre un cambio a una forma clínica menor, en cuanto a extensión y tipo de lesiones. Una de ellas es la erupción papular transitoria, para nosotros una forma frustrans de psoriasis en gotas, que se presentó en 9 pacien-

**Tabla 4.** Efectos secundarios relacionados con la psoriasis

Efecto secundario relacionado con la psoriasis	Número de pacientes	%	Suspensión de tratamiento
Erupción papular transitoria	9	18	0
Psoriasis seborreica	6	12	0
Psoriasis palmoplantar	4	8	2
Exacerbación inflamatoria generalizada	3	6	2
Totales	22	44	4

tes (18%); la hemos tratado tópicamente con mometasona (1 mg/g) en crema o pomada, sola o asociada a ácido salicílico (50 mg/g) con una pomada de calcipotriol (50 mg/g) y dipropionato de betametasona (0,5 mg/g) o con una crema de prednicarato (2,5 mg/g).

La aparición de psoriasis invertida o seborreica, que ha ocurrido en el 12% (6) de los pacientes, la hemos tratado con crema de prednicarato (2,5 mg/g).

La psoriasis palmoplantar en pequeñas placas, en general molestas y dolorosas, se presentó en 4 pacientes (8%) y la tratamos tópicamente con mometasona (1 mg/g) en pomada, sola o preferiblemente asociada a ácido salicílico (50 mg/g) con una pomada de prednicarato (2,5 mg/g). Dos pacientes de este grupo, ambos conductores, abandonaron el tratamiento por dolor en el ejercicio de su actividad profesional.

La EIG se ha presentado en tres pacientes (6%). Una mujer de 39 años, con obesidad mórbida y que había tenido una buena respuesta a la medicación con una reducción del PASI de más del 75%, a los cinco meses de iniciado el mismo, presentó un cuadro de lesiones eritematoescamosas generalizadas que obligó a añadir 500 mg de CyA (4 mg/kg/día) repartidos en dos tomas, con lo que se controló la enfermedad con facilidad al cabo de 10 días.

La reducción de la dosis por debajo de los 150 mg/día se acompañaba con un rebrote de las lesiones, por lo que se decidió la suspensión de efalizumab; hoy la paciente se controla con etanercept. Otro paciente, un hombre de 62 años, hipertenso controlado con dos fármacos antihipertensivos, con una psoriasis en placas grave refractario a tratamiento con Mtx, CyA y PUVA, mejoró espectacularmente a las 12 semanas de efalizumab, pero a partir de ahí desarrolló un brote de lesiones generalizadas que precisaron tratamiento con dosis de 4 mg/kg/día de CyA, repartida en dos dosis, con lo que se consiguió en cuatro semanas el blanqueamiento completo de las lesiones, lo que no se había logrado previamente con la CyA sola y en dosis más altas. Decidimos suspender efalizumab, ya que no era



**Figura 1.** Brote de psoriasis pustulosa tras un episodio de faringoamigdalitis.

oportuno continuar con CyA, e iniciamos etanercept a dosis de 50 mg 2 veces a la semana; sin embargo, no logramos el control de la enfermedad con este fármaco, ni siquiera la respuesta inicial que obtuvimos con efalizumab, por lo que decidimos iniciar infliximab, logrando una respuesta rápida y espectacular.

Uno de nuestros pacientes, un varón de 19 años, con una psoriasis inestable desde la primera infancia, portador de un eczema atópico, que hacía brotes eritrodérmicos asociado a un eczema atópico, que respondía sólo a etretinato o acitretina y corticosteroides, tuvo una mejoría importante logrando un PASI  $\geq 90\%$ . Después de una semana de un cuadro de faringoamigdalitis desarrolló un brote de psoriasis pustuloso (fig. 1) que sólo afectó a la cara, el cuello, el centro del pecho y de la espalda y que precisó ingreso hospitalario. Respondió bien a la asociación de CyA en dosis de 4 mg/kg/día repartida en dos tomas, amoxicilina + ácido clavulánico cada 8 horas y eosina al 2% tópica. En la actualidad lleva 12 meses con efalizumab.

## Nuestras suspensiones de tratamiento

Estos han sido los motivos (tabla 5) que nos han llevado a suspender el tratamiento con efalizumab:

### Por falta de respuesta

Por falta de respuesta con un PASI  $\leq 50\%$  o motivos relacionados con la psoriasis. En ese grupo de falta de respuesta, a 9 pacientes (18%) se les retiró el tratamiento, pese a que alguno quería proseguirlo por haber mejorado su estado general.

### Por solicitud del paciente

Al alcanzar un PASI  $\geq 90\%$ . De nuestros pacientes con una mejoría importante con una reducción del PASI  $\geq 90\%$ , 6 solicitaron dejar el tratamiento, y de ellos 4 recidivaron. Una de ellas precisó ingreso en el hospital por la intensidad del

**Tabla 5.** Suspensiones de tratamiento

Causas	Número de pacientes	%
PASI < 50% u otros motivos relacionados con la psoriasis	9	18
Haber alcanzado un PASI $\geq 90\%$	6	12
Leucocitosis sin linfocitosis	1	2
Artritis seronegativa	1	2
Neuritis herpética	1	2
Exacerbación inflamatoria generalizada	2	4
Embarazo	1	2
Total	21	42

PASI: Psoriasis Area and Severity Index.

rebrote, respondiendo rápidamente a la reintroducción de efalizumab asociado a CyA en dosis de 5 mg/kg, durante un período de 4 semanas y una posterior reducción hasta la retirada, tras la cual la paciente continúa teniendo la misma buena respuesta a efalizumab que antes de suspenderlo.

A otro paciente que también recidivó se le reintrodujo el tratamiento con efalizumab, con lo que blanqueó de nuevo en un período de 8 semanas y se mantuvo la misma respuesta (PASI  $\geq$  90%) que en el primer período.

De este grupo, un paciente varón de 53 años, con alta ingesta habitual de alcohol, abandonó el tratamiento a los 6 meses, tras llevar tres meses prácticamente sin lesiones por no entender bien las instrucciones. Sorprendentemente, el paciente no ha recidivado hasta la fecha, pero también hay que explicar que abandonó el consumo de alcohol, según él por la mejoría de su psoriasis. Esta situación ya la hemos vivido con otro tipo de tratamientos sistémicos y el abandono de consumo intenso de alcohol.

Un paciente tras 22 meses de tratamiento continuado con efalizumab solicitó dejar el fármaco hace 4 meses y no ha recidivado hasta la fecha.

Dos pacientes mujeres con excelente respuesta solicitaron abandonar el tratamiento, con rebrote de la enfermedad. Una a los 8 meses solicitó volver a Mtx con un control aceptable de la enfermedad, pero peor que con efalizumab, y la otra, médico de profesión, tras un año de tratamiento, ha decidido realizar sólo tratamiento tópico.

### Por alteraciones hematológicas

No hemos tenido, como están descritas, alteraciones plaquetarias con efalizumab. Una paciente obesa, de 24 años de edad, con una mejoría importante durante el tratamiento, desarrolló una leucocitosis progresiva de hasta 23.000 leucocitos, con fórmula normal, sin linfocitosis ni linfopenia relativa, con cifras porcentuales de CD4 y CD8 normales, y con plaquetas y serie roja normales. La suspensión de la medicación acarrió una recidiva de las lesiones cutáneas pero también una reducción de los leucocitos en más de un 50%.

### Por artritis

Sólo una de nuestras pacientes desarrolló una artritis seronegativa a los 5 meses de iniciar el tratamiento. Afectaba de forma simétrica a los maleolos y a pequeñas articulaciones de pies y manos. La suspensión de efalizumab y el inicio de tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y Mtx llevó el control de la artritis y también en gran parte de la psoriasis, pese a que sufrió un discreto retroceso en la evolución.

### Por herpes zóster

Dos pacientes, un hombre de 41 años y una mujer de 64 años, con buena respuesta dermatológica fueron diagnosti-

cados de herpes zóster por su médico de Atención Primaria y fueron tratados con fanciclovir. Cuando llegaron a la consulta, las lesiones cutáneas de herpes habían desaparecido prácticamente y la paciente presentaba una neuritis de la extremidad inferior izquierda que pese al tratamiento con metamizol y dexketoprofeno no se acabó de resolver; decidimos añadir 900 mg de gabapentina, disminuyendo la sintomatología sin llegar a desaparecer, por lo que a los tres meses decidimos suspender efalizumab, mejorando la sintomatología neurológica y empeorando la cutánea. La suspensión de la medicación ha sido preventiva y no sabemos si la mejoría de la neuropatía ha sido por la retirada del fármaco o, más posiblemente, por el tiempo de evolución y efecto del tratamiento antineurítico.

### Exacerbación inflamatoria generalizada

Tres pacientes sufrieron EIG, dos de ellos, una mujer y un hombre, no pudieron prescindir del tratamiento combinado con CyA, por lo que se decidió suspender efalizumab; ella inició tratamiento con etanercept logrando el control de la enfermedad, sin embargo, el hombre no respondió a este, por lo que hubo de iniciarse infliximab, logrando buena respuesta.

### Embarazo

Una paciente de 29 años al cuarto mes de tratamiento con efalizumab quedó embarazada y ocultó en los meses siguientes su situación ya que, pese a ser advertida de la contraindicación, la enferma no quería suspender el tratamiento para no empeorar.

En la revisión, al observarse la positividad de la prueba de embarazo, se suspendió la medicación y la paciente rechazó cualquier otro tipo de control fuera de los dados por la unidad de alto riesgo del Servicio de Obstetricia; en la actualidad el embarazo continúa con normalidad en su séptimo mes.

## Nuestros casos especiales

### Dermatitis atópica y psoriasis

Un varón de 64 años acude a nuestra consulta hace más de 10 años por una psoriasis generalizada y una dermatitis atópica diagnosticadas clínica e histológicamente. En ese momento se trata con CyA en dosis de 5 mg/kg/día en dos dosis con una mejoría muy importante de las lesiones. Tras dos años y medio sin realizar controles, el paciente reapareció en la consulta. Había seguido con la misma dosis de CyA, curiosamente financiada por el Sistema Nacional de Salud, tenía insuficiencia renal moderada e hipertensión arterial. Se decidió controlar al paciente con dosis moderada de corticosteroides orales y Mtx en dosis de 10 a 15 mg/semana. A la vista de lo irregular de la respuesta



**Figura 2.** Dermatitis atópica y psoriasis tratadas satisfactoriamente con efalizumab durante un año.

obtenida, se decidió utilizar efalizumab tras un solapamiento durante tres semanas de 30 mg/día de deflazacort y su posterior reducción. El control de ambas patologías ha sido prácticamente completo y no se ha evidenciado ninguna incidencia tras 12 meses de tratamiento (fig. 2).

### Dermatitis atópica y psoriasis inestable

Un varón con psoriasis eritrodérmica desde la primera infancia asociada a una dermatitis atópica generalizada, cuyo caso ya ha sido comentado, inició tratamiento a la edad de 18 años con efalizumab, logrando un control de la enfermedad completo durante 6 meses, tras los cuales, y después de un cuadro respiratorio infeccioso de vías altas que se acompañó de fiebre, desarrolló un brote pustuloso de psoriasis en la mitad superior del cuerpo que respondió a CyA,

por lo que no hemos tenido que suspender el tratamiento con efalizumab.

### Psoriasis pustulosa inestable

Dentro de las llamadas psoriasis inestables, la pustulosa es una de las más significativas. Un varón de 28 años que desde hace 21 años acude a nuestra consulta, había presentado brotes de psoriasis pustulosa tipo Von Zumbusch, por lo que precisaba ingresos frecuentes en el Servicio de Pediatría primero y en el nuestro después. En los últimos años se controlaba con Mtx, sin poder reducir la dosis de los 15 mg/semana, además de medicación tópica, persistiendo rebrotes aislados. Desde hace 18 meses el paciente ha iniciado tratamiento con efalizumab y se encuentra libre de lesiones, con una mejoría muy importante de la calidad de vida (fig. 3).



**Figura 3.** Psoriasis pustulosa inestable tratada satisfactoriamente con efalizumab.

### Psoriasis palmoplantar

En nuestra serie se incluyen 3 pacientes afectados de ese tipo de psoriasis.

La primera ha sido una mujer de 34 años, con una psoriasis pustulosa palmoplantar, sin respuesta a Mtx ni a CyA. Dado el sexo y la edad, no se trató con retinoides orales.

La respuesta a la medicación tópica también fue pobre, incluidos el clobetasol y los alquitranes. Tras un año de tratamiento, la respuesta a efalizumab ha sido completa en manos y se ha producido una reducción muy intensa de las lesiones plantares.

Un paciente varón de 45 años afectado de una psoriasis pustulosa palmoplantar, que ha tolerado mal los tratamientos previos orales (Mtx, retinoides y CyA) y tópicos, ha respondido a efalizumab, con una reducción muy evidente de las lesiones de manos y pies, además de mejorar también las lesiones en placas de extremidades inferiores.

El último caso es el de otro varón, de 60 años, cartero de profesión que se ha visto incapacitado para su profesión por una intensa psoriasis palmoplantar, que le impedía trabajar con las manos. La respuesta a acitretina era buena, pero los

efectos secundarios mucocutáneos, oculares y mioarticulares hicieron que el paciente rechazase la medicación. El abandono de su profesión habitual tampoco mejoró la enfermedad cutánea. Con efalizumab a las dosis habituales la mejoría ha sido importante, con una reducción de las lesiones tras seis meses de tratamiento superior al 75%.

### Resumen de nuestros resultados (tabla 6)

De los 50 pacientes tratados con efalizumab, 39 (78%) (21 mujeres y 18 hombres), con una media de edad de 48,87 ( $\pm 17,54$ ) años y un promedio de tratamiento con efalizumab de 15 meses han experimentado una mejoría importante con una reducción del PASI  $> 50\%$ . De ese grupo, 34 pacientes (20 mujeres y 14 hombres), con una edad media de 49 ( $\pm 18,10$ ) años y 15,18 meses de promedio de duración del tratamiento, alcanzaron una reducción del PASI del 75%. De ellos, 20 pacientes (40%) (10 hombres y 10 mujeres), con una media de edad de 49,20 ( $\pm 18,12$ ) años y un promedio de tiempo de tratamiento de 17 meses, llegaron a una reducción  $\geq 90\%$  del PASI inicial. De este último grupo, 4 pacientes (8%) (un hombre y tres mujeres) han presentado una remisión completa de las lesiones.

De los 11 pacientes restantes, no respondedores, suspendieron el tratamiento 9 (18%) por falta de respuesta con un PASI  $\leq 50\%$  o por motivos relacionados con la psoriasis, y 2 (4%) por EIG.

Del grupo de los respondedores, suspendieron el tratamiento 10 pacientes, 6 (12%) lo hicieron por blanqueamiento o mejoría (PASI  $\geq 90\%$ ), 1 (2%) por neuritis post-herpética, 1 (2%) por leucocitosis, 1 (2%) por artritis y una paciente por embarazo.

### Nuestras conclusiones

Efalizumab es una nueva y muy eficaz arma dentro de nuestro arsenal terapéutico para el tratamiento de la psoriasis.

**Tabla 6.** Resultados

Pacientes	Número de pacientes	%	Edad
Respondedores PASI $\geq 50\%$	39	78	48,87 ( $\pm 14,95$ )
Respondedores PASI $\geq 75\%$	34	68	49,00 ( $\pm 18,10$ )
Respondedores PASI $\geq 90\%$	20	40	49,20 ( $\pm 16,95$ )
Blanqueamiento	4	8	40,00 ( $\pm 19,75$ )
No respondedores	11	22	39,73 ( $\pm 12,31$ )

PASI: Psoriasis Area and Severity Index.

riasis moderada y grave, sin afectación articular, aunque existen pacientes respondedores y no respondedores a la medicación.

En los pacientes donde coinciden psoriasis y dermatitis atópica, ambas patologías se benefician de efalizumab, de forma que se pueden controlar las dos entidades con un solo fármaco. De hecho, existen estudios recientes<sup>2</sup> y experiencias aisladas, muy esperanzadores en pacientes que padecen dermatitis atópica.

Los pacientes con psoriasis palmoplantar han respondido al tratamiento con efalizumab con una mejoría muy importante de las lesiones, tanto las pustulosas como las escamosas, infiltradas, fisuradas y secas, al igual que en la serie de Fretzin et al<sup>3</sup>.

No se debe descartar *a priori* su uso en formas de psoriasis inestables, pustulosas y eritrodérmicas, aunque en este tipo de pacientes consideramos que los controles deben ser más frecuentes y estrictos.

Efalizumab es una medicación cómoda a la hora de su administración y monitorización, sin que se precisen para este fin exploraciones o estudios costosos.

Los efectos secundarios achacables a efalizumab son en general bien tolerados y su control no presenta serias dificultades.

En nuestro grupo de pacientes la mejoría de la calidad de vida es uno de los valores más importantes de efalizumab.

Estas conclusiones se deben tomar con todas las reservas de una experiencia personal que no sobrepasa en ningún caso los 28 meses.

#### **Conflicto de intereses**

El Dr. H. Vázquez ha participado como conferenciante en simposios dermatológicos y en cursos de formación a farmacéuticos patrocinados por Merck-Serono.

Los Dres. M. J. Seoane-Pose y M. T. Fernández-Blanco declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### **Bibliografía**

1. Kragballe K. Efalizumab in the treatment of chronic plaque psoriasis: experiences from the largest psoriasis treatment centre in Denmark. *Br J Dermatol.* 2007;156 Suppl 2:7-11.
2. Hassan AS, Kaelin U, Braathen LR, Yawalkar N. Clinical and immunopathologic findings during treatment of recalcitrant atopic eczema with efalizumab. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:217-21.
3. Fretzin S, Crowley J, Jones L, Young M, Sobell J. Successful treatment of hand and foot psoriasis with efalizumab therapy. *J Drugs Dermatol.* 2006;5:838-46.