

## CASOS CLÍNICOS

# Un caso con excelente respuesta a efalizumab. Experiencia en el Hospital Universitario de Salamanca

**E. Fernández López y P. de Unamuno Pérez**

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Salamanca. España.

**Resumen.** Antes de iniciar el tratamiento con efalizumab, o con cualquier tratamiento biológico, es necesario utilizar técnicas de valoración objetiva que nos permitan evaluar la actividad y la evolución de la psoriasis, para así poder justificar la indicación de la terapia biológica, así como valorar el porcentaje de respuesta al tratamiento, la pérdida de respuesta o su posible ineficacia. A pesar de sus limitaciones, el índice de intensidad y gravedad de la psoriasis (PASI) es la mejor opción disponible. La definición de psoriasis moderada se ha propuesto a partir de un PASI basal = 7 mientras que para la psoriasis grave es, según los distintos autores, 10 o 12<sup>1</sup>. En la práctica clínica habitual, en la definición de la gravedad de la psoriasis y en la indicación de establecer un tratamiento sistémico es preciso valorar también otros parámetros, ya que algunas formas de psoriasis tienen un curso más agresivo (psoriasis eritrodérmica, pustulosa) y existen localizaciones (cabeza, genitales, manos, etc.) que interfieren más intensamente en la calidad de vida de los pacientes, con aumento de la disfunción social, de la discapacidad física y del deterioro psicológico<sup>2,3</sup>.

Todos los pacientes tratados con terapia biológica en nuestro centro hospitalario cumplen los criterios establecidos por la *European Medicines Evaluation Agency* (EMEA): pacientes adultos con psoriasis en placas crónica moderada grave que no han respondido o tienen contraindicada o no toleran otra terapia sistémica incluyendo ciclosporina, metotrexato o fototerapia.

**Palabras clave:** psoriasis, efalizumab, tratamiento biológico.

### A CASE OF EXCELLENT RESPONSE TO EFALIZUMAB. EXPERIENCE IN THE UNIVERSITY HOSPITAL OF SALAMANCA

**Abstract.** Before initiating treatment with efalizumab, or with any other biological treatment, it is necessary to use objective assessment techniques that allow us to evaluate the activity on course of psoriasis, thus being able to justify the indication of biological therapy and to evaluate the percentage of response to treatment, loss of response or its possible inefficacy. In spite of its limitations, Psoriasis Area and Severity Index (PASI) is the best available option. The definition of moderate psoriasis has been proposed as beginning with a baseline PASI = 7 while serious psoriasis has a score of, according to the different authors, 10 or 12<sup>1</sup>. In the usual clinical practice, other parameters must also be evaluated in the definition of the seriousness of psoriasis and in the indication of establishing a systemic treatment since some forms of psoriasis have a more aggressive course (erythrodermic psoriasis, pustulous psoriasis) and there are locations (head, genitals, hands, etc.) that interfere more intensely with the quality of life of the patients, with increase of social dysfunction, physical incapacity and psychological deterioration<sup>2,3</sup>.

All of the patients treated with biological therapy in our hospital site fulfill the criteria established by the European Medicines Evaluation Agency (EMEA): adult patients with psoriasis in chronic moderate-to-serious ones who have not responded or in its use is contraindicated or who do not tolerate another systemic therapy, including, cyclosporine, methotrexate or phototherapy.

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

Correspondencia:  
Emilia Fernández López.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario de Salamanca.  
Pº de San Vicente, s/n.  
37007 Salamanca. España.

u1402@usal.es

Presentamos el caso de un varón de 59 años sin antecedentes personales de interés. Fue diagnosticado de psoriasis en placas cuando tenía 23 años. Realizó distintos tratamientos tópicos, con mejorías transitorias, hasta los 53 años. Desde entonces ha sido tratado con PUVA (con escasa respuesta), acitretino (que fue preciso suspender por



**Figura 1.** (A, B y C) Varón con psoriasis antes del tratamiento (índice de intensidad y gravedad de la psoriasis = 17,7).

alteración del metabolismo lipídico) y con ciclosporina (que también tuvimos que suspender por aparición de hipertensión arterial). Tras suspender la ciclosporina, el paciente estuvo varios meses sin venir a revisión por motivos personales y cuando acudió de nuevo presentaba una psoriasis intensa con un PASI de 17,7 (figs. 1 A, B y C), y no tenía artropatía psoriásica. Los datos analíticos y serológicos (hemograma, bioquímica, sedimento de orina, ANA y serologías a VIH, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C) recogidos estaban dentro de la normalidad. Se le efectuó una radiografía de tórax que no mostró hallazgos valorables. La prueba de Mantoux resultó positiva con 8 mm de inducción. Instauramos un tratamiento con isoniazida 5 mg/kg/día durante 9 meses y cuando llevaba un mes de tratamiento específico iniciamos tratamiento con efalizumab con una dosis inicial de 0,7 mg/kg y posteriormente con una dosis semanal de 1 mg/kg. La evaluación realizada a las 12 semanas fue favorable y alcanzó un PASI 90 (PASI de 1,7) (fig. 2 A, B y C). Se mantuvo la terapia con efalizumab y el paciente siguió presentando reducción del PASI

hasta lograr un blanqueamiento total a las 24 semanas. No presentó efectos secundarios adversos ni al inicio del tratamiento ni posteriormente.

## Comentario

El caso comentado corresponde al típico de un enfermo respondedor al tratamiento con efalizumab. La presencia de una psoriasis estable, la ausencia de artropatía psoriásica y la existencia de una tuberculosis latente fueron circunstancias que nos indujeron a elegir como tratamiento biológico efalizumab.

La única indicación aprobada de efalizumab es la psoriasis vulgar moderada a grave. No es tratamiento de elección en los pacientes con artropatía psoriásica, ya que no mejora los síntomas articulares. Sin embargo, se puede considerar como el tratamiento biológico de elección en los pacientes que presentan factores de riesgo para los agentes anti-factor de necrosis tumoral<sup>4</sup> (insuficiencia cardíaca congestiva, an-



**Figura 2.** (A, B y C) Después de 12 semanas de tratamiento con efalizumab (índice de intensidad y gravedad de la psoriasis = 1,7).

tedentes o evidencia de lupus o enfermedades desmielinizantes, así como en los casos de elevado riesgo de tuberculosis latente). Asimismo, se ha descrito como un tratamiento potencial de la psoriasis en placas de manos y pies y de la pustulosis palmoplantar<sup>4,5</sup>.

Efalizumab es un tratamiento eficaz y en general bien tolerado, con aparición de efectos adversos generalmente leves y/o transitorios y que generalmente no obligan a interrumpir el tratamiento<sup>6</sup>. Los pacientes con una historia de psoriasis inestable (psoriasis eritrodérmica, pustulosa y lesiones inflamatorias) generalmente son malos respondedores al tratamiento con efalizumab y tienen un riesgo incrementado de desarrollar exacerbación inflamatoria generalizada<sup>7</sup>.

El tratamiento continuado con efalizumab durante 3 años mantiene y mejora la tasa de respuestas<sup>8</sup>. No se ha evidenciado toxicidad acumulativa tras un tratamiento continuo durante 36 meses<sup>9</sup>. Al suspenderlo se puede originar un rebote (alcanzando un PASI del 125% en relación con el PASI basal y/o un cambio a forma eritrodérmica o pustulosa generalizada). La observación de este tipo de rebotes es más frecuente en los pacientes con respuesta insuficiente (PASI < 50) a las 12 semanas de tratamiento que en los pa-

cientes respondedores. Por este motivo, cuando se suspenda el tratamiento por falta de eficacia se debe asociar, unas semanas antes de retirar el tratamiento biológico, otro sistémico que controle un posible rebote<sup>10</sup>. Los retratamientos producen una respuesta similar al tratamiento inicial<sup>11</sup>.

#### **Conflicto de intereses**

Los Dres. E. Fernández López y P. de Unamuno Pérez declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### **Bibliografía**

1. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*. 2005;210:194-9.
2. De Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systemic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9:140-7.
3. Pettey AA, Balfrishnan R, Rapp SR, Freischer AB, Feldman SR. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:271-5.

4. Selenko-Gebauer N, Karrlhofer F, Stingi G. Efalizumab in a routine use: a clinical experience. *Br J Dermatol.* 2007;156 Suppl 2:1-6.
5. Fretzin S, Crowley J, Jones L, Young M, Sobell J. Successful treatment of hand and foot psoriasis with efalizumab therapy. *J Drugs Dermatology.* 2006;5:838-47.
6. 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.
7. Antoniou C, Stefanaki I, Stratigos A, Avgerinou G, Stavropoulos P, Potouridou I, et al. The Greek experience with efalizumab in psoriasis from a University Dermatologic Hospital. *Br J Dermatol.* 2007;156 Suppl 2:12-6.
8. Shear NH, Leonardi CL, Lynde CH, Ouellet JP, Toth DP, Rosoph LA, et al. Long-term efficacy and safety of efalizumab therapy: update from an open-label study. 3rd EADV Spring Symposium. May, 2005. Sofia, Bulgaria; Poster.
9. Poulin Y, Papp KA, Carey W, Gulliver W, Gupta AK. A favourable benefit/risk ratio with efalizumab: a review of the clinical evidence. *J Cutan Med Surg.* 2006;9 Suppl 1: 10-17.
10. Menter A, Kardatzke D, Rundle AC. Incidence and prevention of rebound upon efalizumab discontinuation. 11th International Psoriasis Symposium. Toronto, Canada; June, 2004. Poster.
11. Ring J, Dubertret L, May T, Chimenti S, Sterry W. The safety and efficacy of efalizumab in patients with chronic plaque psoriasis: results from retreatment and extended treatment phases following a placebo-controlled trial. 14th EADV Fall Symposium, October 2005, London.