

## Introducción: adalimumab en el tratamiento de la psoriasis

C. Ferrándiz<sup>a</sup> y A. García-Díez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. España.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de base inmunológica, de curso crónico, caracterizada, en la mayor parte de los casos, por placas eritematosas de distintos tamaños, bien delimitadas y cubiertas de escamas nacaradas. Entre el 10-20% de los afectados desarrollan también afectación articular y un porcentaje nada despreciable diversas comorbilidades, entre las que destaca el síndrome metabólico, responsable con toda probabilidad del incremento en el riesgo de enfermedad cardiovascular que presentan los pacientes afectados de psoriasis.

Su tratamiento, dadas las diferentes formas clínicas existentes, los distintos grupos de edad afectados, las distintas enfermedades asociadas, su importante y variable impacto en la calidad de vida, así como su tremenda cronicidad, ha sido siempre un gran desafío. Inicialmente, y hasta la década de los setenta, el tratamiento de la psoriasis se basaba fundamentalmente en la terapia tópica con corticoides y derivados del alquitrán, en ocasiones suplementada con radiación ultravioleta B de amplio espectro, a los que se unieron más tarde los análogos de la vitamina D. En la década de los setenta se inició el tratamiento sistémico de la enfermedad con el uso oral de metotrexato, reservado a las formas moderadas y graves de la enfermedad. Desde entonces, el armamentario de fármacos sistémicos se ha ido incrementando primero con la utilización de psoralenos y radiación ultravioleta A (PUVA), luego retinoides, más tarde ciclosporina A y en menor escala otros inmunosupresores, y finalmente la fototerapia con ultravioleta B de banda estrecha, constituyendo en su conjunto los denominados agentes sistémicos tradicionales o convencionales para el tratamiento de las formas moderadas o graves de psoriasis, y a los que bien seguro, viendo las tendencias actuales, podríamos agrupar bajo el término de tratamientos sistémicos prebiológicos.

Desde 2003 estamos siendo testigos de una nueva era en el tratamiento de la psoriasis con el desarrollo de la emergente terapia biológica, que en ausencia de un tratamiento curativo representa un muy importante avance en el control de esta enfermedad. En este momento, en Europa existen ya cuatro fármacos aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para su uso en la psoriasis cutánea: tres de ellos (etanercept, infliximab y adalimumab) pertenecen al grupo de los bloqueadores del factor de necrosis tumoral (TNF), siendo el primero una proteína de fusión, el segundo un anticuerpo monoclonal quimérico y el tercero un anticuerpo monoclonal humano; el cuarto, efalizumab, es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD11a, que pertenece al grupo de los inhibidores de la célula T, al inhibir su activación y migración a la piel. En la presente monografía un destacado panel de expertos en la psoriasis nos actualizan los conocimientos sobre adalimumab, que sin duda ocupará un lugar destacado en el armamentario del tratamiento de la psoriasis. A través de la lectura de los distintos artículos veremos cómo el hecho de ser un anticuerpo monoclonal totalmente humano minimiza el riesgo de reacciones inmunoalérgicas de otros biológicos, y que su comercialización en forma de jeringuilla precargada y administración subcutánea cada 15 días la hace extraordinariamente confortable y cómoda para el paciente. Por otro lado, su eficacia medida a través del porcentaje de pacientes que alcanzan la respuesta PASI-75 a las 16 semanas y su rapidez de acción deben ser consideradas como muy buenas, y de las más altas alcanzadas con cualquier tratamiento. Además nos muestran cómo adalimumab, tras 10 años de experiencia y más de 180.000 pacientes tratados por otras indicaciones, ha de ser considerado un fármaco seguro y bien tolerado, al menos a corto y medio plazo, con efectos secundarios cuando se utiliza en la psoriasis similares a los descritos en su utilización en otras indicaciones, siendo en general de leve intensidad y sin requerir la retirada del fármaco.

Esperamos, pues, que con la introducción de adalimumab mejoraremos aún más el cuidado de los pacientes afectados de psoriasis, recordando siempre que sus indicaciones serán, en principio, las de los biológicos en general, es decir pacientes que no responden, no toleran o presentan contraindicación a los tratamientos sistémicos de la era prebiológica. Sin embargo, no cabe duda de que a medida que aumente la experiencia con su uso y conozcamos más sobre su seguridad a largo plazo, estas indicaciones se irán am-

---

Correspondencia:  
Carlos Ferrándiz.  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.  
08916 Badalona. Barcelona. España.

cferrandiz.germanstrias@gencat.net

pliando y serán, finalmente, las mismas que las de los fármacos sistémicos tradicionales, con la ventaja de carecer de toxicidad orgánica e interacciones farmacológicas.

**Conflicto de intereses**

El Dr. C. Ferrándiz ha participado en ensayos clínicos, recibido ayudas para la investigación y honorarios por conferencias y participado como consultor para las siguientes compañías: Abbott, Merck Serono, Wyeth, Schering-Plough, Centocor y Janssen-Cilag.

El Dr. A. García Díez forma parte de los comités asesores de Merck Serono y de Abbott para la psoriasis.