

INTRODUCCIÓN

J. Sánchez-Carazo

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

En la década de los 70 se unieron por primera vez células de mieloma con células inmunes creando un hibridoma, naciendo a partir de entonces un nuevo campo, que ha modificado las perspectivas terapéuticas de múltiples patologías, el de los anticuerpos monoclonales. Éste es el principio de los llamados fármacos biológicos. Éstos están diseñados específicamente para bloquear o impedir algún paso en la patogénesis de la enfermedad contra la que son diseñados. En las últimas décadas han aparecido un grupo de agentes dirigidos al tratamiento de enfermedades que tienen como característica común el ser crónicas, inflamatorias y estar mediadas por un grupo de citocinas reducido, entre las cuales destaca el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). El TNF- α es la citocina pro inflamatoria común de un grupo de enfermedades tales como artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, artritis psoriásica, psoriasis en placas, etc.

En 1993 aparecen los primeros estudios con una molécula denominada genéricamente cA2 un anticuerpo monoclonal anti TNF- α humano neutralizante IgG1 quimérico (ratón/humano), con efectividad terapéutica para pacientes con artritis reumatoide. Comercialmente fue denominado Remicade[®], siendo el nombre genérico infliximab que hace referencia al mecanismo antiinflamatorio y a la procedencia quimérica. Posteriormente aparecerán múltiples publicaciones sobre la enfermedad de Crohn, artritis psoriásica, psoriasis en placa, etc.

Aunque la dermatología incorpora con rapidez los avances terapéuticos, hay que reconocer que la experiencia es mucho mayor en otras especialidades, por lo que el aprendizaje en el manejo viene inducido por los hallazgos y protocolos de esas especialidades.

Esto es útil a la hora de protocolizar a nuestros pacientes, disminuyendo ciertos riesgos infecciosos (por ejemplo, tuberculosis); también es cierto que determinados conceptos que se repiten continuamente (aumento en la incidencia de linfomas) pueden inducir a errores, puesto que los grupos de pacientes no son homogéneos y presentan perfiles patológicos muy diferentes.

En esta monografía hemos pretendido actualizar los conocimientos actuales sobre infliximab en el campo de la dermatología específicamente. En primer lugar, definir y revisar históricamente los fármacos biológicos para lograr una mejor comprensión de esta área y ver el futuro de la misma. Revisar el estado actual de los conocimientos sobre infliximab, en la psoriasis, valorando sobre todo la eficacia y efectos secundarios.

Dentro de los efectos secundarios, los infecciosos son y han sido los más frecuentes y temidos; desarrollaremos el riesgo actual (no el histórico) y los protocolos que deben utilizarse para su prevención, diagnóstico y control.

Por último, en la vertiente más práctica, la sección del paciente, evaluación básica de la práctica diaria.

Bibliografía recomendada

- Elliot JM, Maini RN, Feldmann M, Kalden JR, Antoni C, Smolen JS, et al. Randomised double-blind comparison of chimeric monoclonal antibody to tumour necrosis factor alpha (cA2) versus placebo in rheumatoid arthritis. *Lancet*. 1994;344:1105-10.
- Hsia EC, Ruley KM, Rahman MB. Infliximab from bench to clinical practice. A paradigm shift in rheumatology practice. *J Rheumatol*. 2006 9:107-18.
- Scallon BJ, Moore MA, Trinh H, Knight DM, Ghayeb J. Chimeric anti-TNF-alpha monoclonal antibody cA2 binds recombinant transmembrane TNF-alpha and activates immune effector functions. *Cytokine*. 1995;7:251-9.

Conflicto de intereses

El Dr. J. Sánchez Carazo declara haber recibido becas por parte de Serono, Wyeth, Schering-Plough y Abbott.