



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## I CONGRESO DE PSORIASIS-GPs

### Bloque 5: Comunicaciones orales presentadas

R. Ruiz-Villaverde<sup>a,\*</sup> y C. Pujol Marco<sup>b</sup>

<sup>a</sup>FEA Dermatología, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

<sup>b</sup>Jefe Clínico Dermatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

#### Hot topics

##### Tema 1

#### ¿Qué aporta la medición del área de superficie corporal al PASI? ¿Cómo se mide el área de superficie corporal?

David Vidal (Servicio de Dermatología, Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona)

El índice de intensidad y gravedad de la psoriasis (PASI) fue definido en 1978 y desde entonces se ha convertido en el estándar para la medida de la gravedad de la psoriasis en placas, por considerar tanto la superficie afectada como las características clínicas de las placas (eritema, descamación e induración). La determinación del área de superficie corporal (BSA) consiste en el cálculo de la superficie corporal afectada, mientras que la evaluación global efectuada por el médico (PGA) solo considera la clínica de las placas. Una forma simplificada de evaluar el porcentaje de la superficie afectada en un adulto es emplear el área de la palma de la mano (sin los dedos) del paciente como equivalente a un 0,5% del BSA.

##### Tema 2

#### Fármacos biológicos y embarazo: ¿pasan la placenta?

Manel Velasco Pastor (Hospital Arnau de Vilanova, Valencia)

La barrera placentaria no puede ser atravesada por grandes moléculas, por consiguiente no lo puede ser por células sanguíneas, pero sí por algunos tipos de anticuerpos tales como las inmunoglobulinas G; esto hace posible que el feto quede inmunizado ante los antígenos para los cuales reciba anticuerpos desarrollados por la madre. En este aspecto, los fármacos biológicos atraviesan la placenta, y su porcentaje se incrementa de forma progresiva a lo largo del embarazo hasta alcanzar valores cercanos al 100% en el momento del parto y al 150% en el puerperio. En casos de necesidad indispensable para la madre se puede seleccionar, según el porcentaje de traspaso al feto, el momento más indicado de suspensión (normalmente el tercer trimestre), siempre valorando cuidadosamente la relación riesgo/beneficio de cada caso.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com (R. Ruiz-Villaverde).

## Comunicaciones

### Informe BIOBADADERM 2015

I. García Doval, M.A. Descalzo Gallego, G. Carretero Hernández, C. Ferrándiz, F. Vanaclocha, E. Dauden, P. de la Cueva, R. Jiménez Puya, E. Herrera, I. Belinchón Romero, J.L. Sánchez Carazo, J.L. López Esteban, M. Alsina, M. Ferrán, R. Torrado, J.M. Carrascosa, R. Rivera, M. Llamas, S. Galiano Mejías, M.V. Mendiola, D. Ruiz Genao

El presente informe nos recuerda que en la actualidad se recogen los datos de 7 años de evolución incluyendo a 2.261 pacientes, de los cuales 182 están en tratamiento biológico. El objetivo del registro BIOBADADERM es comparar los datos de seguridad de pacientes bajo tratamiento biológico frente al sistémico convencional. En relación con los pacientes bajo tratamiento sistémico, el 13,8% presentó infecciones e infestaciones, el 10,3% trastornos gastrointestinales y, finalmente, el 12,83% trastornos de pruebas complementarias. Sin embargo, el riesgo de infecciones fue superior en los pacientes con terapia biológica, que se elevó al 23,18%. El riesgo crudo de acontecimientos adversos entre ambos grupos no mostró diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, pero fue inferior para los pacientes en terapia biológica (0,72; 0,68-0,77) y los acontecimientos adversos mortales también fueron discretamente inferiores (0,4; 0,17-0,92). Por tanto, el patrón de efectos adversos en pacientes con terapia biológica es sensiblemente mejor y diferente en relación con los pacientes en terapia sistémica.

### Una herramienta de ayuda a la toma de decisiones terapéuticas en escenarios complejos del paciente con psoriasis moderada-grave: MDi#Psoriasis®

D. Moreno-Ramírez, J.M. Herrerías, T. Ojeda-Vila, L. Alcañiz, G. Carretero, J.M. Carrascosa, R. Ruiz-Villaverde, M. Galán, C. Ferrándiz, L. Rodríguez Fernández-Freire, P. de la Cueva, R. Rivera, L. Ferrándiz

La toma de decisiones terapéuticas en el paciente con psoriasis debe incorporar aspectos relacionados con la enfermedad cutánea (gravedad, localización, forma clínica, etc.), así como con factores del paciente (edad, sexo, reproducción, comorbilidades, etc.). El objetivo del estudio es el diseño, desarrollo y validación de una app (MDi#Psoriasis®) de ayuda para la toma de decisiones terapéuticas en el paciente con psoriasis moderada-grave. Las 10 opciones terapéuticas consideradas (UVBBE, PUVA, acitretina, metotrexato, ciclosporina, adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab, secukinumab, apremilast) fueron confrontadas en un total de 60 factores relacionados con tratamientos previos, edad-reproducción, forma clínica, artritis, comorbilidad metabólica, comorbilidad órgano-específica, comorbilidad infecciosa, comorbilidad oncológica, otras comorbilidades e interacciones. El análisis de estos factores determinantes de la toma de decisiones originó un total de 600 escenarios individualizados a partir del que se desarrolló un algoritmo en formato app móvil (Android, iOS), que mediante la selección de estos factores determinantes emite las recomendaciones terapéuticas indicadas y contraindicadas para cada escenario

individualizado. El algoritmo ha sido validado mediante la comparación de las recomendaciones emitidas por MDi#Psoriasis® en 10 casos clínicos con las recomendaciones terapéuticas emitidas por 10 expertos después de la evaluación de los mismos 10 casos clínicos. La concordancia interobservador ha sido baja,  $k = 0,28$ , pero sin embargo aumentaba a cifras de  $k = 0,87$  en la selección de la primera elección terapéutica incluyendo la propia aplicación. El sesgo del estudio es favorable a nuevas armas terapéuticas, como apremilast, cuya opción no resultaba nunca invalidada por fracaso de tratamiento previo, como sí ocurría con el resto de fármacos biológicos. MDi#Psoriasis® puede representar una herramienta de ayuda al dermatólogo para la toma de decisiones terapéuticas en escenarios complejos de pacientes con psoriasis moderada-grave.

### Ustekinumab en el tratamiento de pacientes con psoriasis moderada/grave con fracaso a otros tratamientos biológicos previos

J.A. Suárez-Pérez, E. Herrera-Acosta, P. Fernández-Crehuet, F. Guimerá, M.V. Mendiola, E. Herrera

El tratamiento de la psoriasis moderada-grave es complejo, pues en numerosas ocasiones cualquier opción terapéutica conlleva una pérdida de eficacia que requiere intensificación o cambio de fármaco. La terapia biológica no ha sido una excepción. Los autores presentan un estudio multicéntrico y retrospectivo, con el objetivo principal de evaluar la supervivencia a 300 semanas del tratamiento con ustekinumab en pacientes con psoriasis en placa moderada-grave y las razones que llevaron al abandono en condiciones de práctica clínica habitual. Para ello incluyen 70 pacientes con diagnóstico de psoriasis moderada-grave (con o sin artritis psoriásica) tratados con ustekinumab en 3 unidades de dermatología de 3 centros hospitalarios de España: Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife) y Hospital de Alta Resolución de Andújar (Jaén). El período de estudio fue desde el año 2009 hasta diciembre de 2011, para garantizar un período de seguimiento mínimo de 156 semanas. De los 70 pacientes incluidos, 55 recibieron 1 o más fármacos biológicos previos a ustekinumab. No se observaron diferencias significativas en la tasa de supervivencia en pacientes *naïve* respecto a los que recibieron terapia biológica previa. El 80% de los pacientes obtuvo una respuesta PASI 75, la cual se mantuvo desde los 6 meses hasta el fin del estudio; estos datos son superponibles a otras series descritas en la bibliografía y mejores para la dosis de 45 mg que los obtenidos por otros autores españoles (Ruiz Salas et al y Molina Leyva et al). La tasa de supervivencia global de ustekinumab fue del 95,5%. No se registró ningún abandono en los pacientes *naïve*. La tasa de supervivencia de los pacientes con ustekinumab con 1 fármaco biológico previo o más fue del 97,1 y del 90%, respectivamente. El porcentaje de pacientes con una mejoría PASI 75 al final del estudio fue del 84,8%. Ningún paciente abandonó el tratamiento por evento adverso grave. Los autores concluyen que el tratamiento con ustekinumab en pacientes con psoriasis moderada-grave que han recibido terapia biológica previa es eficaz y seguro, con una excelente tasa de supervivencia bajo condiciones de práctica habitual.

### Uso del metotrexato en psoriasis: nuestra experiencia de 218 pacientes durante 8 años

C. Cabello-Zurita, M. Grau-Pérez, I. Castaño-González, J. Vilar-Alejo, G. Carretero-Hernández

Los autores pretenden valorar la eficacia y seguridad del metotrexato utilizado según la práctica clínica habitual en una serie de 218 pacientes con psoriasis. Presentan un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes portadores de psoriasis que estuviesen en tratamiento con metotrexato, según la práctica clínica, en la Unidad de Psoriasis del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Para la valoración de los acontecimientos adversos se utilizaron los mismos criterios que fueron utilizados en el estudio BIOBADADERM. El metotrexato se administró en un 67% como primer tratamiento sistémico, siendo el PASI inicial de 7,4. La edad promedio fue de 45,8 años y no se encontraron diferencias significativas entre sexos. La dosis inicial fue de 15 mg semanales en el 51% de los casos y de 10 mg en el 28% (media de 12 mg). En un 87%, la vía de administración inicial fue la oral y la duración media fue 17,2 meses (DE: 13,6); en un 3,7% de los pacientes esta fue superior a 4 años. En todos los pacientes se asoció la administración de ácido fólico. Cerca del 68% de los pacientes presentó alguna alteración analítica durante el tratamiento, la gran mayoría fueron leves, transitorias y asintomáticas. Los motivos de suspensión fueron: intolerancia (12,8%), falta de eficacia (12,4%), remisión clínica (4,6%), alteraciones analíticas hepáticas (2,8%) o renales (0,5%) y otros motivos no relacionados con el medicamento (25,2%). Solo un paciente presentó neumonitis intersticial grave. Se concluye que, a pesar del desarrollo de nuevos medicamentos, el bajo coste asociado con un buen perfil de eficacia y seguridad a largo plazo justifica el uso de metotrexato como medicación de primera línea en la psoriasis.

### Valoración del estudio inmunohistoquímico en el diagnóstico de la psoriasis

M. Roncero Riesco, A. Santos-Briz Terrón, E. Fernández López

En la práctica habitual dermatológica, el diagnóstico de psoriasis se realiza mediante una historia clínica detallada y la observación clínica de las lesiones. Sin embargo, hay pacientes en los que es preciso realizar una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico de psoriasis o descartar otro proceso con similitudes clínicas. Esto es especialmente sensible en la localización palmoplantar. El objetivo del estudio de los autores es valorar la expresión inmunohistoquímica de muestras cutáneas de pacientes con psoriasis, en particular proteínas del ciclo celular, y compararla con el perfil de expresión en varios procesos inflamatorios para buscar marcadores inmunohistoquímicos que faciliten el diagnóstico dermatopatológico de la psoriasis.

En este estudio se incluyen 73 pacientes con psoriasis (casos) y 63 con otras enfermedades inflamatorias (controles) mediante el empleo de matrices tisulares. Se estudiaron: CDK1, CDK2, p63, p53, bcl-2, ciclina A, ciclina D1, ciclina E, p27, p21 y ki67. La psoriasis presenta una mayor expresión de p63, ciclina E, p27, CDK2, ki67, ciclina A y CDK1 respecto al grupo control. Por el contrario, las siguientes proteínas exhiben una menor expresión en la psoriasis respecto a las otras enfermedades inflamatorias cutáneas estudiadas: p21,

p53 y ciclina D1. Es p63, que influye en el remodelamiento epidérmico, la que presenta un patrón inmunohistoquímico más definido en pacientes con psoriasis. No obstante, se necesitan más estudios para compararlo con otros procesos inflamatorios tipo eccema de manos en la misma localización.

### Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España

J. Luelmo, J. Gratacós

Los autores presentan un estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas a 24 profesionales (12 reumatólogos y 12 dermatólogos) que realizan atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica, recogiendo datos relacionados con el centro, el servicio, la población atendida y sobre el modelo de atención multidisciplinar (tipo, recursos materiales y humanos, requerimientos de los profesionales, objetivos, criterios de entrada y salida, agendas, protocolos de actuación, responsabilidades, toma de decisiones, actividad investigadora y docente, sesiones clínicas conjuntas, creación/inicio, planificación, ventajas/desventajas del modelo y barreras/facilitadores en la implantación del modelo). Estos modelos se resumen en el presencial conjunto (agenda específica, atención conjunta), presencial paralelo (agenda específica, pero resolución conjunta solo en casos difíciles, primero se valora por una especialidad y posteriormente por otra) y circuito preferencial. Se recomiendan visitas mensuales conjuntas y revisión del modelo cada 6 meses. Según los autores, el presencial conjunto es el más implantado en la actualidad.

### Influencia de las variaciones en el gen *CDKAL1* en la respuesta a tratamiento anti-TNF en pacientes con psoriasis

A. Batalla, D. González-Fernández, J. Gómez, T. Abalde, L. Salgado-Boquete, R. Queiro, E. Coto, P. Coto-Segura

El estudio del gen *CDKAL1* puede ser interesante en los pacientes con psoriasis moderada-grave para valorar la respuesta terapéutica a determinados fármacos biológicos y seleccionar, de este modo, el fármaco biológico ideal para cada paciente. Se presenta un estudio transversal de los pacientes con psoriasis en tratamiento con fármacos anti-TNF por primera vez (pacientes *naïve*), con un seguimiento superior a 6 meses. Se recogieron datos relativos a la edad, el sexo, la edad de inicio de la psoriasis, el índice de masa corporal, la duración y gravedad de la psoriasis, la presencia de artritis psoriásica y la historia familiar de psoriasis. La respuesta a los fármacos anti-TNF se evaluó según PASI 50 y PASI 75 a las 12 y 24 semanas. Se obtuvo sangre de los pacientes para el genotipado de los polimorfismos (o SNP: *single nucleotide polymorphisms*) rs6908425, rs4712523 y rs77152992 en el gen *CDKAL1*. Se incluyeron 105 pacientes, de los que 68 recibieron tratamiento con adalimumab, 25 con etanercept y 12 con infliximab. El porcentaje de respondedores fue del 67% (71/105). Los pacientes con el genotipo CC del SNP rs6908425 fueron significativamente más frecuentes entre los respondedores (50/71, 70%) que entre los no respondedores (15/34, 44%) (OR: 3,02; p = 0,009). Los resultados se mantuvieron estadísticamente significativos tras el análisis de regresión logística incluyendo el *HLA-Cw6*

y la diabetes mellitus como factores de confusión. La distribución alélica o genotípica de los polimorfismos rs4712523 y rs77152992 no mostró diferencias entre respondedores y no respondedores. En la población de pacientes con psoriasis estudiada, el SNP rs6908425 en *CDKAL1* influye en la respuesta al tratamiento anti-TNF.

### Tratamiento biológico y cirugía. ¿Qué debo hacer?

P. de la Cueva, D. Velázquez, S. Galiano

Los autores intentan responder a la pregunta de si es necesaria la suspensión del tratamiento biológico ante una cirugía, cuánto tiempo antes de esta y cuándo reintroducirlo de nuevo. Hay controversia en la bibliografía en cuanto a si el tratamiento altera la cicatrización o aumenta el riesgo de infección. Revisaron el registro de BIOBADADERM y diversos artículos de la bibliografía.

En BIOBADADERM se suspende el tratamiento en el 42% de los casos y el tiempo previo de suspensión del tratamiento biológico es de 3 semanas y se reintroduce de nuevo una mediana de 2 semanas después.

Se recogen diversas complicaciones posquirúrgicas, pero no aumentó la infección de las heridas. En reumatología y en enfermedad inflamatoria intestinal existen también publicaciones al respecto. Comentan que no aumentan las complicaciones posquirúrgicas y que no existen diferencias significativas cuando se comparan los pacientes en los que se suspende el tratamiento con los que no lo suspendieron. En una publicación reciente de la JEADV (Bakkour, 2015), no aumentó el riesgo de complicaciones en los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica que no suspendieron el biológico (el 76% de los casos no lo suspendieron). Sin embargo, aumentó significativamente el riesgo de brote de su enfermedad de base en los que sí pararon el tratamiento.

Se comenta que en las diversas guías existen recomendaciones de expertos. La decisión debe ser individualizada y dependerá de diversos factores (tipo de cirugía, enfermedad de base, etc.). En el trabajo del Dr. Moreno de la revista *Piel* (2011) se revisa el tema de la cirugía en el paciente con psoriasis y se recomienda suspender el tratamiento entre 4-5 semividas del fármaco.

En todo caso, es importante informar, tanto al paciente como al anestesista y al cirujano, del tratamiento que sigue el paciente para poder tomar la decisión adecuada.

### Fototerapia en tiempos de biológicos

J. Escalas Taberner

El Dr. Escalas revisó y defendió en su comunicación el papel de la fototerapia como tratamiento, tanto en primera línea como de rescate ante fallo primario o secundario a biológico. Primero recordó que la fototerapia lleva más de 30 años en el arsenal terapéutico de la psoriasis y otras dermatosis. Existen diferentes modalidades (PUVA, UVB banda estrecha, RePUVA, UVA 1 de 340-400 nm, láser excímero 308 nm). Actualmente, el 8-MOP debe recetarse en fórmula magistral por haberse retirado el preparado comercial.

La UVB de banda estrecha puede utilizarse incluso en el embarazo, virus de la inmunodeficiencia humana y niños a partir de 10 años. En el RePUVA, el retinoide (aciretino) se administra 15 días antes del inicio de la fototerapia. Recordó y repasó la asociación de fototerapia con diferentes tra-

tamientos, como el metotrexato, y prácticamente con todos los biológicos (etanercept, ustekinumab y adalimumab). Señaló el efecto sinérgico de etanercept con fototerapia UVBE y la posibilidad de un tratamiento de rescate ante un fallo secundario a ustekinumab. Como otras ventajas añadidas a la fototerapia remarcó los estudios de coste-efectividad, tan importantes en la actualidad, y su utilidad en casos seleccionados pediátricos. Finalmente, no recomendó su combinación con ciclosporina por sus efectos inductores de neoplasias cutáneas.

Como conclusión, la fototerapia mantiene una posición preponderante como alternativa terapéutica de primera línea en la psoriasis, por su elevada eficacia, seguridad y coste-eficacia, tanto sola como en combinación. En la parte negativa, la necesidad de acudir al centro sanitario y el consumo de recursos de personal serían aspectos que hay que mejorar.

### Papel de los polimorfismos genéticos de los receptores Toll-like en la psoriasis

M. Julià, C. Muñoz, F. Lozano, J.M. Mascaró-Galy, J.M. Carrascosa, J. Romani, A. Guilabert

Los *Toll-like receptors* (TLR), receptores centinela del sistema inmune innato capaces de activar una rápida respuesta inflamatoria frente a múltiples agentes agresores, podrían desarrollar un papel relevante en la psoriasis, ya sea como factor agravante o como modificador de la enfermedad. En este estudio se incluyeron 304 pacientes con psoriasis, que se clasificaron en psoriasis leve o moderada-grave según el uso de terapia tópica frente a sistémica/biológica o fototerapia, respectivamente. Se secuenciaron un total de 8 polimorfismos de TLR (TLR2, TLR4, TLR5 y TLR9) y se realizó un estudio estadístico de asociación con las variables clínicoepidemiológicas recogidas.

Ningún polimorfismo de TLR mostró asociación con la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, los 3 polimorfismos del gen TLR9 sí mostraron influir en la edad de debut de la psoriasis. Cada TLR está codificado por un gen diferente. Se localizan en la superficie de las células (transmembrana) y dentro de estas. Los primeros reconocen antígenos bacterianos y los intracelulares antígenos virales. La respuesta desencadenada dependerá de la localización del receptor, la naturaleza del antígeno, el TLR estimulado, la célula estimulada, etc.

Los mismos autores comentan la necesidad de más estudios en esta dirección para confirmar, ampliar y completar esta línea de investigación.

### Prostatitis tuberculosa en paciente con terapia anti-TNF

L. Rodríguez Fernández-Freire, R. Cabrera Fuentes, J.S. Conejo-Mir

El tratamiento profiláctico de la infección tuberculosa latente (ILT) disminuye el riesgo de reactivación de la tuberculosis (TBC) en los pacientes con terapia biológica. Sin embargo, se han descrito casos de reactivación tuberculosa tras profilaxis correcta, y el riesgo es 2-27 veces mayor en pacientes con terapia anti-TNF respecto a la población general. La TBC extrapulmonar representa únicamente el 10% de los casos de TBC, y la prostatitis tuberculosa es una forma de presentación excepcional.

Se presentaron 4 casos de TBC durante el tratamiento con anti-TNF: dos casos de TBC primaria (tenían *screening* nega-

tivo) y 2 casos de reactivación o reinfección, pues habían realizado correctamente el tratamiento de su ILT.

Los 4 casos estaban siendo tratados con adalimumab (2 de ellos previamente con etanercept) y tras el desarrollo y tratamiento de la TBC pasaron a tratamiento con ustekinumab, acitretino y 2 con fototerapia. Los casos de TBC cursaron con diferentes complicaciones: derrame pleural tuberculoso, fistulización de las adenopatías cervicales y esterilidad como consecuencia de la prostatitis tuberculosa.

Los autores destacan la dificultad para el diagnóstico de la prostatitis tuberculosa y la necesidad de pruebas invasivas, y el primer caso de prostatitis tuberculosa fue en un paciente en tratamiento anti-TNF. Recomiendan no bajar la guardia en los pacientes de psoriasis tratados con sistémicos o biológicos y completar el cribado con test IGRA.

### Relación entre los valores séricos de adalimumab y la respuesta clínica en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave: interpretación a partir del PASI absoluto e impacto de las variaciones del intervalo de administración del fármaco

F. Ballezá López, J.M. Carrascosa Carrillo, M. Toro Montecinos, A. Teniente Serra, E. Martínez Cáceres, C. Ferrándiz

En este estudio se pretende evaluar la correlación entre los valores séricos de adalimumab y el curso clínico de cada paciente a lo largo del seguimiento, así como determinar la variabilidad de los valores mínimos de fármaco en función de las variaciones del intervalo de administración del fármaco.

En un grupo de pacientes tratados con adalimumab en las consultas externas de dermatología del Hospital Germans Trias i Pujol se incluyó, en la analítica de seguimiento, una toma de muestra para la determinación de valores de fármaco y, eventualmente, de anticuerpos antifármaco (técnica ELISA) coincidiendo con el momento en el que los valores eran más bajos. Como parámetro para evaluar el curso clínico del paciente se adoptó el PASI absoluto más cercano a cada determinación. Se consideró como indicativo de control excelente el PASI  $\leq 1$  y de control adecuado cuando el PASI absoluto fue  $\leq 3$ .

Se evaluaron 78 determinaciones de 36 pacientes. El test de correlación de Spearman permitió comprobar una correlación lineal entre el PASI absoluto y los valores de fármaco. El análisis mediante la prueba de la t de Student mostró que los pacientes con PASI  $> 3$  y PASI  $> 1$  presentaron una mediana de valores de adalimumab significativamente inferiores con respecto a los pacientes con PASI  $\leq 3$  y PASI  $\leq 1$ . No se observaron diferencias significativas en los valores de fármaco en función de la pauta de administración (40 mg cada 2, 3 o 4 semanas)

—evaluados a través del análisis de la varianza (ANOVA) del test de comparación múltiple de Bonferroni—.

La utilización de valores de PASI absolutos se considera más objetiva que los valores PASI 50, 75 o 90 en la evaluación de los resultados. Llama la atención la no variabilidad de los valores de fármaco en relación con la pauta de administración, y ello hace pensar en factores individuales y otros factores a la hora de modificar estos valores.

Existen pocos estudios en la bibliografía en cuanto a valores de fármaco y psoriasis y serán necesarios trabajos prospectivos para ver su utilidad en la práctica clínica. No obstante, estos resultados apoyan la utilidad de los algoritmos disponibles en cuanto a modificaciones terapéuticas en relación con los valores de fármaco y la presencia de anticuerpos antifármaco.

### PsoriasisCalc®: escalas y comorbilidades en la palma de la mano

E. Escario Travesedo, A. Escario Méndez

Los autores presentaron una nueva aplicación para móvil, gratuita, y para Android o iPhone, recomendada recientemente en el listado de aplicaciones útiles para *smartphone* que nos remitió a todos la Academia Española de Dermatología y Venereología. Se llama PsoriasisCalc® y es eminentemente práctica. Sirve para calcular diferentes escalas (PASI, BSA y NAPSI) y facilita la detección de las comorbilidades más frecuentes mediante algoritmos actualizados.

Es muy fácil, intuitiva y en pocos minutos obtenemos el BSA y el PASI en unos pocos clics, exportando el valor de BSA para el cálculo del PASI. Las pestañas están en la parte superior, fácilmente visibles, y las pantallas se deslizan suavemente.

Las comorbilidades que pueden recogerse son: artritis psoriásica, obesidad, presión arterial, dislipemia, glucemia, síndrome metabólico, alcohol/tabaco, ansiedad/depresión, neoplasia, hígado graso no alcohólico y enfermedad inflamatoria intestinal. Incluye además las escalas CAGE (dependencia alcohólica) y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

### Conflicto de intereses

C. Pujol Marco ha recibido ayudas y honorarios relacionados con la investigación, asesoría y formación de las siguientes compañías: Abbvie, Janssen, LEO Pharma, MSD, Novartis y Pfizer.

R. Ruiz-Villaverde declara no tener ningún conflicto de intereses.