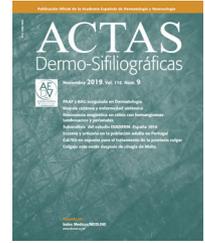




ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Terapia biológica de dos vías para urticaria espontánea crónica concurrente con psoriasis vulgar en un paciente

Two Track Biologic Therapy for Concurrent Chronic Spontaneous Urticaria and Psoriasis Vulgaris in One Patient

Sr. Director:

La urticaria crónica espontánea (UCE) es una enfermedad mediada por mastocitos en la que las opciones terapéuticas son relativamente limitadas. En aquellos casos con enfermedad refractaria, está indicada la terapia con anticuerpos anti-IgE¹. La psoriasis vulgar es una patología inflamatoria crónica frecuente la cual estará mediada por las células T². En aquellos pacientes con una forma moderada a grave de la enfermedad, las terapias biológicas representan un pilar importante en el tratamiento.

Un varón de 57 años, de raza caucásica, presentaba una historia prolongada de psoriasis vulgar grave. A pesar de que el paciente había recibido diversos tratamientos tópicos, además de acitretino y metrotexato, no se había evidenciado ninguna mejoría de su cuadro. Hace 6 años se inició un tratamiento biológico, primero con adalimumab, seguido de etanercept, luego con infliximab, posteriormente con secukinumab, luego con ustekinumab y posteriormente nuevamente con adalimumab. Debido a la ausencia de una mejoría clínica, todas estas terapias fueron suspendidas de manera consecutiva tras un corto periodo. Los resultados de los análisis de laboratorio realizados al iniciar los tratamientos se encontraban dentro de la normalidad. Entre ellos se había solicitado un hemograma, un panel metabólico completo (incluyendo pruebas de función hepática), hepatitis B y C, y QuantiFERON-TB Gold. Debido a que la mejoría clínica con las terapias biológicas nombradas anteriormente había sido insignificante, finalmente se decidió pautar el guselkumab. Antes del inicio del tratamiento



con el guselkumab, el paciente presentaba unas placas eritemato-descamativas, distribuidas de manera difusa, y que afectaban a más del 50% de la superficie corporal. Por otro lado, se observaba un piqueteado subungueal, así como cambios distróficos en varias uñas. No se evidenciaba la presencia de edema en las articulaciones. Tras 5 meses del inicio del tratamiento con guselkumab, las placas de psoriasis desaparecieron y el BSA se redujo a > 5%.

Por otro lado, hace 9 años el paciente presentó de manera concomitante habones, por lo que se le diagnosticó una UCE. Como tratamiento de primera línea se le pautó levocetirizina, un antihistamínico H1 de segunda generación, siguiendo una pauta descendente. Debido a la ausencia de una respuesta clínica adecuada, se indicó omalizumab. El tratamiento biológico que estaba recibiendo debido a la psoriasis no fue interrumpido. La gravedad de la enfermedad se evaluó utilizando la escala de puntuación de la actividad de la urticaria de 7 días (UAS-7) al inicio (antes de la administración del omalizumab) y tras cada administración del tratamiento. Antes del inicio del omalizumab, cuando estaba recibiendo una dosis triple de un AH de segunda generación, el paciente tenía un UAS-7 de 17. Tras las primeras 4 semanas de la administración de la primera dosis de omalizumab, los síntomas mejoraron, presentando el paciente un UAS7-0, por lo que el tratamiento con AH se interrumpió. Tras realizar un primer ciclo de 6 meses con el omalizumab, se decidió la suspensión de dicho tratamiento. Posteriormente, el paciente presentó un empeoramiento clínico (UAS7-31). Por este motivo, se aprobó realizar el segundo ciclo, así como el tercero y el cuarto ciclo. Además, durante el tratamiento con omalizumab, se evidenció una mejoría significativa tanto del dermografismo sintomático como de la urticaria por presión.

Durante el tiempo en el que el paciente recibió el tratamiento con el omalizumab, este continuó recibiendo diversas terapias biológicas para su psoriasis. En primer lugar, recibió de manera simultáneamente el ustekinumab por un periodo de 3 meses; posteriormente se pautó adalimumab también por un periodo de 3 meses. Ambos medicamentos fueron suspendidos debido a la ausencia de una respuesta clínica adecuada. Por último, se inició el tratamiento con el guselkumab, con lo que se logró una importante remisión clínica. Durante el periodo de tiempo en el que el paciente recibió el omalizumab, presentó una respuesta clínica completa de su UCE. Por lo tanto, durante 21 meses, el paciente ha recibido dos terapias biológicas con

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.02.029>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.10.033>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

dos vías de acción diferentes, el guselkumab y el omalizumab. Debido a la escasa información que existe acerca del uso simultáneo de dos terapias biológicas con vías de acción diferentes, al paciente se le ha realizado una monitorización ambulatoria estrecha. Ambas terapias con anticuerpos monoclonales han sido bien toleradas por el paciente y no se han reportado efectos adversos clínicamente relevantes ni interacciones farmacológicas. Por el momento, el paciente continúa recibiendo ambos tratamientos.

Hasta donde sabemos, este es el primer caso de un paciente que recibe una terapia biológica de manera simultánea con ustekinumab/adalimumab/guselkumab y omalizumab. Se conoce poco acerca del uso concomitante de las diferentes terapias basadas en anticuerpos monoclonales que se utilizan en la psoriasis y en la UCE, así como de sus posibles efectos adversos. Por lo tanto, antes de indicar dichos tratamientos, sería mandatorio realizar un cuidadoso análisis de los posibles riesgos y beneficios que podrían conllevar la administración simultánea de dos agentes biológicos en el tratamiento de dos patologías distintas, así como realizar un seguimiento estrecho del paciente de manera regular, tanto clínico como laboratorio. El presente caso demuestra que el uso concomitante de dos terapias biológicas para la psoriasis y la UCE, al parecer, sería bien tolerado y no presentaría efectos secundarios relevantes.

Conflicto de intereses

Tomaz Lunder: participó en ensayos clínicos patrocinados por Abbvie, Janssen, Roche y Schering Plough/MSD.

Consultor/conferencista de Abbott/Abbvie, Eli Lilly, Janssen, Pfizer, Schering Plough/MSD.

Miembro de la junta de oradores/junta asesora de Abbott/Abbvie, Eli Lilly, Janssen, Pfizer, Roche, Schering Plough/MSD.

Maja Benko: consultora y ponente de Sanofi y Novartis.

Bor Hrvatin Stancic: no tiene ningún conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

1. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983–94, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61909-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61909-7).
2. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B, et al. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018;73:1393–414, <http://dx.doi.org/10.1111/all.13397>.

M. Benko^{a,*},¹, B. Hrvatin Stancic^a,¹ y T. Lunder^{a,b},¹

^a *Dermatovenerology Department, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Eslovenia*

^b *Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Eslovenia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bor.hrvatin.stancic@kclj.si (M. Benko).

◇ Los autores han contribuido por igual.

◇ Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito.