



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.elsevier.es/ad



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE PSORIASIS

Reunión del Grupo de Psoriasis

9 de junio de 2012

1. LA ENFERMERÍA: UNA COLABORACIÓN IMPRESCINDIBLE PARA EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES PSORIÁSICOS

F. Lafuente

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. España.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica con una alta prevalencia en nuestro entorno, que afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes que la padecen. La estigmatización y cronicidad de esta enfermedad de la piel, la aparición de nuevos tratamientos y la importancia de la calidad de vida como medida de indicación y éxito terapéutico, hace necesario el manejo individual, integral y multidisciplinario de estos pacientes. Para ello, es preciso involucrar al personal de enfermería, debidamente formado, en el manejo y tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas como la psoriasis.

Objetivos: El objetivo principal es identificar y caracterizar qué pacientes afectados de psoriasis son susceptibles de ser atendidos en la consulta de enfermería dermatológica y evaluar los resultados de esta actuación y demostrar la necesidad que tiene el paciente afectado de psoriasis de ser controlado y revisado en la consulta de enfermería.

Los objetivos secundarios que se persiguen en esta consulta son incorporar el papel de la enfermería en el manejo actual de la psoriasis para fomentar la independencia y los autocuidados en los pacientes, detectar los problemas y elaborar un plan de cuidados encaminados a identificar los problemas, motivar al paciente para que forme parte activa en el control de su enfermedad, prevenir las complicaciones, inculcar en los pacientes consejos y hábitos de vida saludables, resolver las dudas o problemas que hayan surgido relacionados con su problema de la piel o con la mediación que están tomando, evaluar la evolución de la enfermedad, valorar los cambios en la conducta de los pacientes y proponer medidas de mejora.

Material y métodos: El ámbito de estudio lo constituyen todos los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Reina Sofía de Tudela. Quedarán excluidos aquellos pacientes que no estén dispuestos a colaborar en el proceso de su enfermedad o que, de forma sistemática, no acudan a las citas propuestas. Los pacientes ya diagnosticados por el dermatólogo y que se encuentran en

seguimiento terapéutico o que presentan un nuevo brote de la enfermedad, son susceptibles de ser valorados por la enfermera y, cuando es preciso, consultar con el dermatólogo. Se dispone de una agenda específica de enfermería similar a la de una consulta médica; se recoge información sobre la situación del paciente y los hábitos de vida relacionados con sus problemas de salud, lo que ayuda a identificar los factores y las situaciones que nos ayuden a la determinación del o de los problemas de un paciente concreto. Se completan los cuestionarios para el cálculo del PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) y, en algunos casos, el DLQL (Dermatology Life Quality Index). Se aporta información escrita y educación a los pacientes cuando se objetive carencia de conocimientos por parte del paciente, cuando exista una baja autoestima o se detecten alteraciones de la imagen corporal debida a los cambios propios de la enfermedad, cuando la enfermedad suponga un aislamiento social, cuando exista mala aceptación del tratamiento por la falta de comprensión y/o agresividad de la terapia, cuando exista falta de colaboración secundaria a otras enfermedades que pueda sufrir el paciente (HTA, DM, etc.) o cuando existan ideas erróneas respecto a la enfermedad o el tratamiento. La enfermera de dermatología será la encargada de instruir al paciente en tratamiento con terapias sistémicas y/o biológicas (Fototerapia, Acitretina, Ciclosporina, Metotrexato, Etanercept, Adalimumab, Ustekinumab, etc.) en el manejo y autoadministración de la medicación, proporcionará y explicará al paciente el folleto de recomendaciones o cuidados que deberá tener para un mejor control de estos tratamientos.

Resultados: La respuesta del personal de enfermería ha sido totalmente satisfactoria con un mayor conocimiento de las patologías objeto del estudio, de los tratamientos y sus efectos secundarios, han aportado nuevas ideas que mejoran y facilitan el trabajo del dermatólogo. Su colaboración ha permitido tanto a identificar los factores que ocasionan el abandono y/o fracaso del tratamiento como a distinguir las costumbres y los hábitos de vida que influyen negativamente en el tratamiento, colaborando con el dermatólogo en la valoración diagnóstica y seguimiento terapéutico. La mayoría de los pacientes consideran positiva esta medida, refieren un mejor conocimiento de la enfermedad y de sus tratamientos, con la consiguiente pérdida del miedo a los fármacos, se implican más en la evolución de su enfermedad, detectan los factores pueden mejorar o empeorar su enfermedad, ejercen los autocuidados de forma efi-

caz y adoptan hábitos de vida saludables, se sienten más seguros por la mayor accesibilidad a la atención especializada y experimentan mejoría de la relación paciente-personal sanitario. Asimismo, se ha observado una mayor adherencia al tratamiento y, por tanto, una mejor respuesta al mismo con menor número de efectos secundarios, lo que ha contribuido a reducir el número de consultas médicas. En algunos casos se ha observado control de la ansiedad relacionada con su enfermedad y mejoría de la autoestima.

Conclusiones: El presente estudio ha puesto de manifiesto los esfuerzos del personal de enfermería para continuar con su formación y ampliación de sus conocimientos para poder afrontar nuevas responsabilidades. La enfermería se ha revelado como una colaboración imprescindible para el control de nuestros pacientes psoriásicos. Asimismo, se ha evidenciado que la colaboración y participación del paciente en el proceso de su enfermedad es imprescindible para una buena evolución de la misma.

2. SEGURIDAD DE ADALIMUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. UGH DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

E. Casas de la Asunción, F. Gómez García, J. Ruano Ruiz, A. Vélez García-Nieto, J.C. Moreno Giménez y R. Jiménez Puya

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Adalimumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra las proteínas p55 y p75 del TNF utilizado en enfermos con psoriasis. Los estudios CHAMPION y REVEAL han mostrado que adalimumab tiene un perfil de seguridad favorable en adultos con psoriasis en placas moderada-grave. Mostramos los resultados de seguridad obtenidos en la práctica clínica diaria en los pacientes con psoriasis en placas moderada-grave tratados con adalimumab en el servicio de dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España).

Objetivo: Describimos la seguridad de adalimumab en los pacientes con psoriasis en placas moderada-grave.

Material y métodos: Se seleccionaron 88 pacientes con psoriasis moderada-grave que han realizado tratamiento con adalimumab en nuestro servicio. Todos los pacientes incluidos habían realizado previamente al menos dos tratamientos sistémicos clásicos, o bien los tenían contraindicados. La pauta administrada estaba formada por 80 mg en la semana 0, 40 mg a la semana (inducción) y, posteriormente, 40 mg cada 15 días (mantenimiento). Se estudia en la población seleccionada las características demográficas y la densidad de incidencia de efectos adversos leves y graves, tales como infecciones severas y tumores malignos.

3. FACTORES CLÍNICOS Y ECONÓMICOS QUE CONDICIONAN LA DURACIÓN DE LA REMISIÓN DE LA PSORIASIS TRAS SUSPENDER EL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT

J. Ruano Ruiz, F. Gómez García, A. Vélez García-Nieto, E. Casas de la Asunción, J.C. Moreno Giménez y R. Jiménez Puya

Unidad de Psoriasis. UGH de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La duración de la eficacia alcanzada con etanercept en psoriasis moderada-grave es variable una vez se suspende el tratamiento. Un objetivo deseable sería poder predecir qué pacientes se beneficiarían de más tiempo de descanso terapéutico, que reduciría los riesgos inherentes asociados al tratamiento y supondría un beneficio económico importante. Hasta la fecha, no se conocen bien qué factores pueden condicionar la duración de dicho periodo de remisión en condiciones de práctica clínica real.

Objetivo: Evaluar los factores clínicos y económicos que pueden influir en el tiempo libre de enfermedad tras la suspensión de eta-

nercept una vez alcanzado el control mantenido de psoriasis moderada-severa sin artritis asociada.

Materiales y métodos: Se analizaron pacientes atendidos en nuestro hospital durante el periodo 2002-2010 con eficacia inicial durante el primer año de tratamiento con etanercept. Se construyó un modelo que permitiera predecir el tiempo libre de recaída considerando variables independientes (edad, género, tiempo de evolución de la psoriasis, duración y dosis acumulada de etanercept). Se calcularon los costes directos del tratamiento y se realizó una estimación del ahorro económico durante el periodo sin tratamiento sin manifestaciones de la enfermedad durante el primer año de tratamiento.

Resultados: Se analizaron 157 pacientes, observando una correlación inversa entre el tiempo de evolución de la psoriasis al inicio del tratamiento y la duración de la remisión tras suspender etanercept ($r = -0,357$, $p = 0,029$). En el análisis farmacoeconómico, ni el gasto del tratamiento ni el ahorro estimado durante su suspensión fueron predictores del tiempo libre de recaída.

Conclusiones: El retraso en iniciar tratamientos biológicos en la psoriasis podría condicionar una respuesta menos duradera cuando se suspenden dichos fármacos ras un periodo de eficacia mantenida.

4. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE DIVERSOS ÍNDICES EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DEL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

R.M. Fernández-Torres, S. Pita-Fernández y E. Fonseca

Servicio de Dermatología y Unidad de Epidemiología, Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.

Objetivo: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que supone un mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, a pesar de esta conocida asociación, existen pocos estudios que determinen el riesgo cardiovascular mediante índices como el de Framingham u otros más adaptados a poblaciones con menor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, como los índices SCORE, DORICA o REGICOR. En este trabajo determinamos varios índices de riesgo cardiovascular y su relación con las características de la psoriasis.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de prevalencia, en pacientes con psoriasis en placas del Área Sanitaria de A Coruña. Determinamos los datos demográficos, hábito tabáquico, características de la psoriasis (artropatía, tiempo de evolución, tratamiento, gravedad), valores de tensión arterial y niveles de colesterol, glucosa y triglicéridos. Con estos datos calculamos el riesgo cardiovascular mediante los índices de Framingham, SCORE, DORICA y REGICOR.

Resultados: Incluimos 395 pacientes (59,7% varones y 40,3% mujeres) de edades comprendidas entre 18 y 86 años. El porcentaje de pacientes con riesgo intermedio y alto de sufrir un evento cardiovascular mayor en los próximos 10 años fue del 30,5 y 11,4%, respectivamente, según el índice de Framingham; del 26,9 y 2,2% según el DORICA y del 6,8 y 0% utilizando el REGICOR. Según el índice SCORE, un 22,1% de pacientes tenía un riesgo alto de fallecimiento por un evento cardiovascular en los próximos 10 años. El riesgo cardiovascular no se relacionó con las características de la psoriasis, excepto el índice de Framingham, relacionado con mayor riesgo en pacientes con psoriasis más grave ($p = 0,032$)

Conclusiones: Un porcentaje significativo de pacientes tenía un riesgo cardiovascular intermedio y alto, en general no relacionado con las características de la psoriasis. La evaluación sistemática del riesgo cardiovascular en los pacientes con psoriasis podría ser útil para identificar a aquellos con mayor riesgo, subsidiarios de modificaciones en el estilo de vida o de intervenciones terapéuticas.

5. ANÁLISIS DE LA REACCIÓN VACUNAL VHB EN PACIENTES PSORIÁSICOS TRATADOS CON TERAPIA SISTÉMICA

G. Carretero^a, T. Montserrat^b, L. Dehesa^a, J. Vilar^a, M. Ojeda^a y R. Torrado^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La realización de la vacunación preventiva en casos que se considere de pacientes en tratamiento con inmunosupresores sistémicos puede verse alterada por causas naturales del huésped, o bien por la propia inmunosupresión inducida por la terapia antipsoriásica.

Objetivos: Analizar la respuesta posvacunal frente a VHB en pacientes psoriásicos sometidos a terapia antisistémica.

Material y métodos: A partir de los pacientes seguidos en nuestra Unidad de Psoriasis a los que se le ha indicado vacunación previa al uso de terapia biológica, hacemos una análisis de los resultados de niveles de anticuerpos frente a VHB obtenidos en cada caso.

Resultados: En la mayoría de los casos se obtiene una respuesta inmunológica frente a VHB adecuada, pero no en todos los casos, existiendo un pequeño porcentaje de casos que no quedan protegidos.

Conclusiones: Se presentan los resultados de un análisis inicial en una población de unos 90 pacientes con psoriasis a los que se les ha realizado vacunación frente a VHB tras indicarse terapia con fármaco biológico. Se plantean hipótesis en relación a la oportunidad, inconvenientes y ventajas de realizar vacunación preventiva en este grupo de pacientes.

6. IMPACTO DEL IMC EN LAS PERSPECTIVAS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA Y GRAVE

M. Vilavella^a, J.M. Carrascosa^a, I. García-Doval^b, C. Ferrándiz^a, R. Rivera, G. Carretero, E. Daudén, E. Herrera, M. Alsina, M. Ferrán, J.L. López-Esteban, F. Gómez, J.M. Herranz y F. Vanaclocha, en representación de Biobadaderm

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. ^bUnidad de Investigación de la Fundación Academia Española de Dermatología y Venereología. Madrid. España.

Introducción: En diversos ensayos clínicos se ha sugerido que el IMC es un condicionante tanto de la gravedad de la psoriasis como de la respuesta al tratamiento. Sin embargo, desconocemos el impacto del peso en la población psoriásica en nuestro medio en situación clínica real.

Objetivos: Conocer la prevalencia de sobrepeso/obesidad en pacientes con psoriasis moderada-grave registrados en Biobadaderm. Evaluar la relación entre el IMC y la supervivencia de los tratamientos biológicos en los pacientes con psoriasis.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes registrados en Biobadaderm con psoriasis moderada-grave, con altura y peso conocidos al inicio del tratamiento hasta noviembre de 2011. Se calculó el IMC (< 25 normal, IMC 25-29,9 sobrepeso e IMC > 30 obesidad). Comparamos la prevalencia de sobrepeso y de obesidad con la prevalencia de la población general española (datos INE 2009). Se analizó la supervivencia de los tratamientos biológicos para los distintos grupos en evaluación. Restringimos el análisis de supervivencia de los tratamientos a las suspensiones debidas a acontecimientos adversos, remisión de la enfermedad e ineficacia o pérdida de eficacia.

Resultados: Se estudiaron 1.162 pacientes en tratamiento sistémico. De ellos el 31,73% tenían un peso normal, el 39,50% sobrepeso y el 28,72% restante, obesidad. Estas cifras fueron similares a las de la población general en cuanto al sobrepeso pero distintas respecto al porcentaje de obesos (29 vs 16%, $p < 0,001$). Cuando se comparó el porcentaje de pacientes que recibían fármacos biológicos o clásicos

en las distintas categorías de IMC, no se observaron diferencias significativas ($p = 0,58$). Sin embargo, comparados con los controles-pacientes en tratamiento sistémico tradicional (IMC medio: 27,8), los pacientes que recibieron infliximab (IMC: 29,1, $p = 0,006$) y ustekinumab (IMC: 28,8, $p = 0,02$) tenían un IMC significativamente superior. En el análisis univariante, el riesgo de suspensión por remisión no se relacionó con el peso mientras que tanto para la suspensión por acontecimientos adversos y por ineficacia/pérdida de eficacia sí había una tendencia lineal de disminución de la supervivencia al aumentar la categoría de IMC. El análisis multivariante, ajustando por fármaco y edad al inicio del tratamiento, sólo mostraba asociación entre sobrepeso y suspensión por ineficacia o falta de eficacia (efecto por 5 unidades de IMC: 1,09 [IC 95%: 1,01-1,17]).

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis moderada y grave en nuestro medio presentan una prevalencia de obesidad notablemente superior a la media de la población general española. El aumento del IMC se asocia a un riesgo incrementado de suspensión del tratamiento biológico por ineficacia o pérdida de eficacia, independientemente de la edad de inicio del tratamiento y del fármaco biológico administrado.

7. ESTUDIO COMPARATIVO DE TERAPIA CONTINUA VS TERAPIA INTERMITENTE CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS

F. Peral Rubio, L. Ferrándiz-Pulido, A. Carrizosa y D. Moreno-Ramírez

Área de Psoriasis de la Unidad de Gestión Clínica de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción: Actualmente existe un debate acerca de la validez o no, de la terapia intermitente (TI) con tratamientos biológicos en pacientes con psoriasis comparada con la terapia continua (TC), de tal forma, que todavía hoy, tenemos muchas preguntas que la literatura internacional y los estudios de los que disponemos no dan respuesta.

Objetivos: El estudio que se quiere desarrollar desde nuestro hospital persigue resolver las preguntas más importantes en relación con la TI. Para ello pretende comparar las dos modalidades terapéuticas, continua e intermitente, en términos de efectividad, eficacia, eficiencia, perfil de pacientes tributarios de una terapia u otra, pérdida de eficacia con la interrupción terapéutica, y si es así qué variables intervienen; moléculas, tiempo de interrupción, inmunogenecidad, gravedad, base genética, etc.

Material y métodos: El diseño será el de un estudio observacional analítico tipo caso control multicéntrico, donde se comparan dos grupos de pacientes, aquellos que realizarán terapia continua con fármacos biológicos (grupo control) con aquellos que realizarán terapia intermitente (grupo caso). Los criterios de inclusión serán iguales para los dos tipos de pacientes, de tal forma que se incluirán en cada grupo de forma consecutiva, uno a uno. Se incluirán en el estudio dos fármacos biológicos (adalimumab y etanercept), que son los que actualmente han demostrado una evidencia clínica, al menos desde nuestra experiencia, que apoya la hipótesis de terapia intermitente. La duración del estudio es abierta, aunque el objetivo mínimo sería realizar al menos dos interrupciones y dos reintroducciones de tratamiento en grupo de TI, para poder obtener los primeros resultados relevantes.

Conclusiones: Desde nuestro centro pretendemos desarrollar un estudio inédito actualmente, que pretende comparar las dos modalidades terapéuticas vigentes actualmente en el manejo de tratamientos biológicos en pacientes con psoriasis. Para poder desarrollar dicho estudio, consideramos necesario que este sea de carácter multicéntrico, para poder obtener una muestra suficiente y que el análisis estadístico final sea relevante. Es por este motivo, nuestro interés en presentarlo en este congreso nacional para la adhesión del mayor número de centros posibles.

8. PACIENTES CON PSORIASIS PALMOPLANTAR EN LA UNIDAD DE FOTOTERAPIA: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Plana, J.M. Carrascosa, M. Vilavella, L. Morell y C. Ferrándiz

Servicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Introducción: La psoriasis palmoplantar es una forma clínica de psoriasis con una baja prevalencia y una limitada extensión pero con un marcado impacto en la funcionalidad del paciente y en su calidad de vida. El manejo terapéutico es habitualmente difícil, incluso con tratamiento sistémico. Uno de los tratamientos más utilizados, por su buena relación entre riesgo y beneficio, es la terapia PUVA tópica. Aportamos nuestra experiencia con esta forma de tratamiento en la psoriasis palmoplantar.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con psoriasis palmoplantar tratados con terapia PUVA tópica entre los años 2008 y 2011 en nuestro centro. Recogimos datos sobre eficacia (utilizando el PGA como marcador), tolerancia y sobre aspectos clínicos, epidemiológicos y referentes al tratamiento. Se consideró eficaz una disminución de PGA 2 o superior a 0/1. Se compararon las características de los pacientes que recibieron únicamente tratamiento con PUVA frente a aquellos que recibieron además algún fármaco sistémico. Los pacientes recibieron una emulsión O/W de 8-metoxipsoraleno al 0,1% 15 min antes de la sesión, que fue administrada con lámparas Waldman 180 y 200.

Resultados: Se incluyó un total de 48 pacientes (33 mujeres y 15 hombres) con una edad media de 51 años. Se registró hipertensión en el 25%, diabetes en el 10% y dislipemia en un 50%. El tratamiento fue eficaz en el 63% de pacientes. Se requirió el uso de fármacos sistémicos combinados con la terapia PUVA (ya sea por falta de respuesta o por ser una forma de psoriasis clínicamente muy grave) en el 47,8% de los pacientes, siendo el acitretino el fármaco más utilizado (74 del total). Se registraron efectos adversos en el 25% de los pacientes, aunque en su mayor parte éstos consistieron en eritema leve que no condicionó el curso del tratamiento. Sólo 2 pacientes (4%) suspendieron el tratamiento por efectos adversos. El número medio de sesiones fue de 47.

Discusión: A diferencia de lo que ocurre en otras formas de psoriasis, no existen en la psoriasis palmoplantar estudios controlados en los que se evalúen las distintas alternativas terapéuticas. Los resultados obtenidos en nuestros pacientes, con respuesta completa o casi completa en 6/10 pacientes, son similares a los de otras series, y por lo menos tan buenos como los que pueden obtenerse con tratamientos sistémicos o incluso con fármacos biológicos. La adición de acitretino puede permitir respuestas adecuadas en pacientes con formas especialmente graves o cuando la terapia PUVA en monoterapia sea insuficiente para permitir la respuesta. El perfil de seguridad es en general adecuado y el efecto secundario más frecuente consiste en un eritema que sólo requiere un ajuste de dosis. La terapia PUVA tópica es una opción adecuada en el tratamiento de la psoriasis palmoplantar.

9. SARCOIDOSIS SISTÉMICA INDUCIDA POR ADALIMUMAB

J.A. Pujol Montcusí^a, M. López Dupla^b, L. Pastor Jané^a, P. Turégano Fuentes^a, M. Simó Esqué^a, M.L. Díaz Fernández^c y A. Raventós Estellé^c

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Medicina Interna; ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. España.

Introducción: Los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) han cambiado de manera radical el algoritmo terapéutico en enfermedades como las artropatías inflamatorias, enfermedad inflamatoria intestinal y la psoriasis. Basándose en su mecanismo de acción también se han empleado de manera eficaz en el tratamiento de sarcoidosis refractarias. Pero de forma paradójica se están

describiendo nuevos casos de enfermedad sarcoidea en pacientes que están recibiendo anti-TNF- α . Se presenta el caso de un paciente con psoriasis grave en tratamiento con adalimumab que presentó una sarcoidosis sistémica con lesiones nodulares pulmonares y linfadenopatías mediastínicas e hiliares.

Caso clínico: Varón de 54 años, con antecedentes de psoriasis en placas grave de 40 años evolución, refractario a múltiples tratamientos (corticoides tópicos, metrotexato, ciclosporina), y en tratamiento con adalimumab durante los últimos 8 meses, que por un episodio de tos seca, se evidencian unas adenopatías hiliares en una radiografía de tórax. El PPD y radiografías de tórax basales eran normales. El examen físico no reveló otros datos de interés, y no presentaba fiebre. Los test de función respiratoria fueron normales. Un TAC torácico mostró adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, con varios nódulos en pulmón derecho, el mayor de ellos de 1 cm. Un PET confirmó estos hallazgos, con un patrón metabólico más sugestivo de enfermedad inflamatoria. La broncoscopia y el lavado broncoalveolar fueron normales. Se realizó mediastinoscopia, con biopsia ganglionar mediastínica y paratraqueal, que demostró la presencia de granulomas epiteloideos no caseificantes. Los cultivos para hongos y micobacterias fueron negativos. Se realizó el diagnóstico de sarcoidosis. Dos y cuatro meses después de la interrupción del adalimumab, se evidenciaba un importante mejoría de las adenopatías, por lo que se siguió una actitud expectante sin instaurar tratamiento con corticoides sistémicos.

Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes, una vez excluidas otras causas de enfermedad granulomatosa. Las citoquinas primordiales responsables de la iniciación de los granulomas son el TNF- α , IFN- ψ , e interleucina 2. De hecho, los anti-TNF se han empleado con éxito en el tratamiento de sarcoidosis refractaria, por lo que puede parecer paradójico que los anti-TNF- α puedan ser causa de granulomatosis, pero es un hecho que está bien descrito en la literatura reciente. Los 3 anti-TNF actualmente disponibles en el mercado (etanercept, adalimumab e infliximab) se han visto involucrados como causa de reacciones granulomatosas sarcoideas. En estos casos se evidencia una relación causal entre la introducción del anti-TNF- α y el inicio de la enfermedad granulomatosa, y una mejora con la suspensión del tratamiento. Se describe el caso de un paciente con psoriasis severa en tratamiento con adalimumab, que desarrolló una sarcoidosis pulmonar con linfadenopatías hiliares y paratraqueales, que mejoró notablemente a los 2 y 4 meses de suspender el tratamiento. Hay un número creciente de casos de sarcoidosis inducida por los 3 anti-TNF disponibles, lo que nos puede indicar un "efecto de clase", que hasta ahora había sido infradiagnosticado.

10. INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA Y TUBERCULOSIS ACTIVA EN PACIENTES CON PSORIASIS: ESTUDIO DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA Y DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-SEVERA EN ESPAÑA

A.I. Sánchez-Moya^a, E. Dauden Tello^b e I. García-Doval, en colaboración con el Grupo BIOBADADERM

^aComplejo Hospitalario de Toledo. ^bHospital Universitario la Princesa. Madrid. España.

Introducción: El riesgo de enfermedad tuberculosa (TB) no ha sido descrito en pacientes con psoriasis tratados con biológicos en la población española, así como tampoco la adecuación a las guías clínicas en el despistaje de infección latente tuberculosa (ILT) en pacientes candidatos a terapia biológica.

Objetivos: a) Describir la incidencia de TB en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico en la población española. b) Determi-

nar la prevalencia de ILTB en pacientes candidatos a tratamiento biológico. c) Investigar el grado de cumplimiento de las recomendaciones actuales para el despistaje de ILTB y TB.

Métodos: Los datos del estudio se han obtenido del registro español de tratamientos biológicos en psoriasis BIOBADADERM (estudio de cohortes multicéntrico, con una cohorte de pacientes con psoriasis expuestos a terapia biológica y otra cohorte de control de pacientes con tratamiento sistémico no biológico). Se realizó un análisis sobre la cohorte de expuestos en relación a la prevalencia de ILTB y adecuación del cribado a las guías clínicas.

Resultados: Un total de 1425 pacientes se registraron en BIOBADADERM, se incluyeron 793 (56%) pacientes en la cohorte de expuestos a tratamiento biológico y 632 (44%) en la cohorte de controles. El seguimiento global fue de 3720 personas-años. Fueron diagnosticados de ILTB un 20,5% (163) previo tratamiento biológico. La tasa de TB activa para la cohorte de expuestos fue de 145 casos/100.000 paciente-año (IC 95% 54-389). No se encontró ningún caso de TB en el grupo control. El despistaje de ILTB se realizó en el 83% de la muestra de expuestos. El motivo más frecuente de incumplimiento de las recomendaciones fue la ausencia de booster.

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis expuestos a tratamientos biológicos parecen presentar un mayor riesgo de enfermedad tuberculosa. En España, hasta un 20% de los pacientes con psoriasis candidatos a terapia biológica presentan ILTB. En el despistaje de ILTB aún se siguen cometiendo un porcentaje significativo de errores en el seguimiento de las guías clínicas recomendadas.

11. POSIBLE REACTIVACIÓN EN PACIENTES CON SEROLOGÍA SUGESTIVA DE HEPATITIS B PASADA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL PARA LA PSORIASIS

R. Navarro^a, M.J. Concha^a, C. Castaño^b, C. Casal^c, A. Guiu^c y E. Daudén^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Gastroenterología; ^cServicio de Microbiología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España.

Introducción: Existen evidencias del riesgo de reactivación o agravamiento de hepatitis B crónica durante el uso de fármacos anti-factor de necrosis antitumoral (anti-TNF). Se han descrito de manera excepcional casos de reactivación durante el tratamiento con bloqueadores del TNF en pacientes con antígeno de superficie de virus hepatitis B (HBsAg) negativo.

Objetivo: Evaluar la seguridad de los agentes anti-TNF en pacientes con psoriasis y serología sugestiva de hepatitis B pasada.

Material y métodos: Los criterios de inclusión fueron: Psoriasis en placas crónica moderada-severa tratada con terapia anti-TNF durante al menos 9 meses. Estado serológico de virus de hepatitis B (VHB): HBsAg-negativo y anticuerpo contra el core de VHB (HBcAc) positivos. Se recogieron los datos demográficos y el tipo y la duración del agente anti-TNF. Se solicitaron los niveles de enzimas hepáticas y el estado serológico de VHB tanto basales como al final del seguimiento, así como pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes (4 mujeres, 9 hombres) con una edad media de 62,1 años (34-85). El agente más utilizado fue etanercept en 7 casos, infliximab en 4 pacientes y adalimumab en los otros 2. La duración media de la terapia anti-TNF fue de 28. 6 meses. No se hallaron diferencias significativas en las enzimas hepáticas, excepto en un paciente que presentó incrementos periódicos de gamma-glutaril-transferasa con una ecografía hepática normal. Ningún paciente presentó positividad del HbsAg ni del ADN-VHB.

Conclusiones: Hemos hallado sólo 9 casos de reactivación en relación con agentes biológicos en la literatura. Algunos autores han demostrado la seguridad de los anti-TNF en pacientes HBsAg-negativos con enfermedades reumáticas o inmunosuprimidos. Sin embar-

go, los datos en la literatura dermatológica son escasos. Como en nuestra serie, ninguno de ellos presentó reactivación. Los criterios para definir reactivación de VHB, así como el manejo de estos pacientes, no están claros. Tras la revisión de la literatura y nuestra experiencia, recomendamos el adecuado seguimiento de los niveles de enzimas hepáticas, HBsAg y HBsAc en todos los casos y, si es posible, de la carga viral.

12. EVOLUCIÓN Y SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB DE NUESTRA SERIE DE PACIENTES

R.F. Lafuente Urrez y J. Pérez Pelegay

Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra. España.

Introducción: Adalimumab (ADA) es un anticuerpo monoclonal humano recombinante específico que se une al factor de necrosis tumoral neutralizando su función biológica al bloquear su interacción con los receptores p55 y p75 en la superficie celular y, con ello, sus implicaciones patológicas en la psoriasis, enfermedad inflamatoria crónica y sistémica con una alta prevalencia en nuestro entorno que se asocia a una mayor incidencia de enfermedades concomitantes relacionadas con la inflamación mediada por el sistema inmune y que influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Caracterizar a los pacientes que han precisado tratamiento con Adalimumab y determinar la evolución, supervivencia, eficacia y seguridad de dicho tratamiento.

Material y métodos: El estudio incluye a todos los pacientes con psoriasis moderada-grave que han precisado tratamiento con Adalimumab según la pauta indicada en la ficha técnica. Se recogen los datos demográficos (edad, sexo, peso), datos sobre los antecedentes personales y de tratamientos concomitantes, datos sobre la psoriasis (tipo de psoriasis, tiempo de evolución, si existe o no artropatía asociada, antecedentes familiares, PASI, BSA, PGA, tratamientos previos), datos sobre el tratamiento con ADA (fecha de inicio, dosis, efectos secundarios,...) y los datos sobre las pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, ANA, HIV, Hepatitis B, C, Mantoux, Booster y Rx de tórax).

Resultados: Han precisado tratamiento con Adalimumab un total de 30 pacientes (13 varones y 17 mujeres) afectados de psoriasis, el tipo de psoriasis más frecuente ha sido la psoriasis en placas (19), seguida por la psoriasis en placas e invertida (6), la psoriasis en placas y gotas (3), la psoriasis en placas, invertida y gotas (1) y la psoriasis palmoplantar (1). La afectación ungueal estaba presente en 13 pacientes y en 18 de ellos se evidenció afectación del cuero cabelludo; 6 pacientes presentaban artritis psoriásica y en 6 casos existían antecedentes familiares de psoriasis. Las comorbilidades se evidenciaron en 16 (46,7%) de los pacientes que son, por orden de frecuencia, la hipertensión arterial (10), la obesidad (5), la enfermedad cardiovascular (4), la diabetes mellitus (3) y el tabaquismo (3), entre otras. El número de tratamientos sistémicos tiene una mediana de 2 (mínimo 1, máximo 5), el tratamiento previo inmediatamente anterior a ADA es Etanercept (13), Ciclosporina (9), Efalizumab (2), Metotrexato (2), UVB (2), Acitretino (1) y PUVA (1); 16 (53,3%). Todos los pacientes presentaron mejoría del PASI, BSA y PGA, también los 4 casos que fueron retratados. Se ha observado algún acontecimiento adverso en 10 pacientes (33,3%) en 9 reacciones adversas y en 1 "otros". Al final del estudio continúan en tratamiento 21 pacientes (70%), en 9 se ha retirado la medicación, las causas de abandono del tratamiento son: acontecimientos adversos (5), pérdida de eficacia (2) y falta de respuesta (2).

Conclusiones: Adalimumab ha confirmado ser un tratamiento muy eficaz para el tratamiento de la psoriasis en pacientes en los que habían fallado otras terapias sistémicas y biológicas previas. Asimismo, es eficaz en los pacientes que han precisado retratamiento. Se ha podido constatar que Adalimumab tiene una buena supervivencia y que se trata de un medicamento con un buen perfil de seguridad.