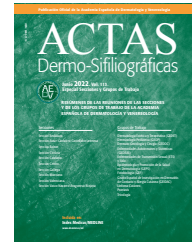




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

### 6.º Congreso de Psoriasis: Reunión del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología Madrid, 22-23 de enero de 2021

#### Comunicaciones orales

##### C01. ESTUDIO JUST: TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS UNGUEAL CON APREMILAST

C. Muñoz-Santos<sup>a</sup>, J. Sola-Ortigosa<sup>a</sup>, D. Vidal Sarro<sup>b</sup> y A. Guilibert Vidal<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General de Granollers.

<sup>b</sup>Hospital Moises Broggi. Barcelona. España.

**Objetivos.** Dado que faltan estudios específicos de apremilast en psoriasis ungueal, nuestro objetivo fue evaluar la eficacia, impacto en la calidad de vida, los parámetros ecográficos, los predictores de respuesta y la seguridad de apremilast en pacientes con psoriasis ungueal.

**Material.** Estudio prospectivo abierto en dos hospitales del área de Barcelona, en pacientes adultos con psoriasis en placa y ungueal, con NAPSI  $\geq 12$ , sin artritis psoriásica. Se realizó tratamiento con apremilast según ficha técnica durante 52 semanas.

**Resultados.** Se incluyeron 45 pacientes (31 hombres) con una edad media de 54 años, mediana NAPSI uñas mano de 32 (rango intercuartil [IQR]: 14-41) y mediana de PASI de 5,4 (IQR: 4- 8,3). En la semana 52, la mediana de NAPSI de uñas manos se había reducido un 53% (IQR: 34-71%,  $p < 0,001$ ), la mediana de NAPPa-QoL en un 57% (IQR: 44-72%,  $p < 0,001$ ), con reducciones mayores para el dolor ungueal (hasta 68%), y la respuesta NAPSI50 fue conseguida por el 56% de los pacientes. Las reducciones de NAPSI en uña target fueron mayores para las puntuaciones de la matriz ungueal (60%) que las puntuaciones del lecho ungueal (38%,  $p < 0,001$ ). A partir de la semana 16, la puntuación ponderada global media de NAPPa-PBI fue  $\geq 2$  y la mayoría de los parámetros ecográficos mejoraron, especialmente la estructura trilaminar. La regresión múltiple mostró que el grosor ecográfico del lecho ungueal (beta: +0,87, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,06-1,7;  $p = 0,037$ ) y el NAPSI del lecho uña target (beta: +0,71, IC95%: 0,01-1,4;  $p = 0,049$ ), al inicio del estudio, predijeron significativamente el NAPSI uña target en sema-

na 52 ( $R^2=0.65$ ). El perfil de seguridad fue similar al ya conocido para apremilast.

**Conclusiones.** En pacientes con psoriasis de predominio ungueal, apremilast es una buena opción de tratamiento, mostrando mejoría clínica, de la calidad de vida y capacidad para restaurar la estructura de la uña. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03616561 (JUST Study).

##### C02. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE FÁRMACOS BIOSIMILARES EN PSORIASIS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

A. López Ferrer<sup>a</sup>, E. Vilarrasa Rull<sup>a</sup>, E. del Alcázar Viladomiu<sup>b</sup>, G. Carretero Hernández<sup>c</sup>, S. Armesto Alonso<sup>d</sup>, A. Sahuquillo Torralba<sup>e</sup>, Á. González Cantero<sup>f</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>g</sup>, R. Rivera Díaz<sup>h</sup>, M. Sáez Belló<sup>i</sup>, A. Mateu Puchades<sup>j</sup>, I. Belinchón Romero<sup>k</sup>, A.I. Lázaro Simó<sup>l</sup>, J.L. López Estebarez<sup>m</sup>, I. Gich Saladich<sup>n</sup> y L. Puig Sanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. <sup>b</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>c</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Gran Canaria. <sup>d</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>e</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Valencia. <sup>f</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>g</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>h</sup>Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>i</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>j</sup>Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>k</sup>Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. <sup>l</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

**Objetivo.** Análisis de la supervivencia de fármacos biosimilares en práctica clínica habitual en el tratamiento de la psoriasis y determinación de las diferencias en función del uso previo del fármaco original (switch) o fármaco biosimilar de novo.

**Métodos.** Estudio observacional retrospectivo con pacientes con psoriasis tratados según práctica clínica con adalimumab o etanercept biosimilar. Se ha efectuado un estudio de supervivencia

(Kaplan-Meier, con prueba de logrank) teniendo en cuenta discontinuación por cualquier causa y un análisis uni- y multivariante con el modelo de regresión de Cox de riesgos proporcionales. La variable principal era "switch" teniendo en cuenta si el biosimilar era iniciado de novo o como transición de un tratamiento previo con el fármaco original.

**Resultados.** Se han incluido 380 pacientes en el estudio, de los cuales un 74,5% fue tratado con biosimilar como continuación de un tratamiento con el fármaco original mientras que un 25,5% de los pacientes fueron tratados con el fármaco biosimilar de novo. La mediana y media de tratamiento de fármaco original a biosimilar antes del switch fue de 7,75 y 7,06 años (SD 3,27) respectivamente. El análisis univariante indica que la supervivencia del tratamiento es superior en pacientes de sexo masculino (HR=1.538, p=0,05) y en los sometidos a switch del fármaco original (HR=2.697, p=0,001). El subanálisis de los tratamientos con adalimumab dio resultados similares. El análisis multivariante indicó que el único factor que determina una mejor supervivencia del fármaco biosimilar es el switch desde el original (global HR=2.639, p=0,003; para adalimumab HR=3.408, p=0,008).

**Conclusiones.** La supervivencia del tratamiento con etanercept o adalimumab biosimilar con switch desde el fármaco original es superior a la de los tratamientos con etanercept o adalimumab biosimilar iniciados de novo.

### C03 UTILIDAD DE LA HERRAMIENTA PA-SPGA-G EN LA AUTOEVALUACIÓN DE LA PSORIASIS GENITAL

L. Salgado-Boquete<sup>a</sup>, I. Belinchón Romero<sup>b</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>c</sup>, M. Velasco Pastor<sup>d</sup>, M.T. Abalde Pintos<sup>a</sup> y R. Ruiz Villaverde<sup>e</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>c</sup>Hospital Universitario La Princesa. Madrid. <sup>d</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>e</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Objetivos.** Estudiar la utilidad de una nueva herramienta (PA-SPGA-G) autoadministrada por los pacientes para predecir el grado de afectación de psoriasis genital.

**Material y métodos.** Estudio observacional multicéntrico transversal y prospectivo para evaluar una escala visual analógica, denominada PA-SPGA-G, diseñada para que los pacientes con psoriasis indiquen el grado de afectación genital. Se compara con el patrón oro definido por la escala SPGA-G (evaluación objetiva realizada por un dermatólogo).

**Resultados.** Se presentan los resultados del análisis preliminar tras inclusión de 85 pacientes.

Características de la muestra: n: 85; sexo: 54 varones (63,5%), 31 mujeres (36,5%); edad: media 44,6, DE 13,6; PASI: rango (0,19), media 3,5, DE 3; BSA: rango (0,20), media 3,8, DE 3,9; DLQI: media 5,3, DE 5,28. Tratamiento actual: tópicos en monoterapia 32p (37,6%), fototerapia 1p (1,1%), sistémicos clásicos 14p (16,4%), terapia biológica 41p (48,2%). SPGA-G: 0: 34p (40%), 1: 12p (14,1%), 2: 25p (29,4%), 3: 12p (14,1%), 4: 2p (2,3%).

Resultados de la evaluación de los pacientes (PA-SPGA-G): 0: 33p (38,8%), 1: 13p (15,3%), 2: 12p (14,1%), 3: 18p (21,2%), 4: 9p (10,6%).

Análisis de relación entre PA-SPGA-G y SPGA-G:

- Coincidencia 59p (69,4%), casi-coincidencia (desviación de +/- 1 categoría respecto a valoración del facultativo) 20p (23,6%), no coincidencia (desviación +/- 2-3-4 categorías): 6p (7,1%).
- Paciente sobreestima: 21p (24,7%) (+1: 16p, +2: 3p, +3: 1p, +4: 1p), paciente subestima: 5p (5,9%) (-1: 4p, -2: 1p).
- Capacidad para predecir ausencia de afectación genital: 93,9% (31/33p que indicaron PA-SPGA-G 0 tenían SPGA-G 0). Capacidad para predecir algún grado de afectación genital: 92,3% (48/52p que indicaron PA-SPGA-G > 0 = 1 tenían SPGA-G > 0 = 1).

**Conclusiones.** La herramienta PA-SPGA-G parece tener un elevado grado de coincidencia con respecto a la valoración objetiva por el facultativo y parece ser un buen predictor de ausencia o presencia de psoriasis genital.

### C04. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN PSORIASIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL A LAS 24 SEMANAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE PSORIASIS

E. del Alcázar<sup>a</sup>, Á. Martínez<sup>b</sup>, A. López<sup>c</sup>, M.M Llamas<sup>d</sup>, A. Sahuquillo<sup>e</sup>, J. Notario<sup>f</sup>, V. Rocamora<sup>g</sup>, R. Ruiz<sup>h</sup>, M. Julià<sup>i</sup>, M. Ferran<sup>j</sup>, P. de la Cueva<sup>k</sup>, A. Mateu<sup>l</sup>, R. Rivera<sup>m</sup>, A. Martorell<sup>n</sup>, D.P. Ruiz<sup>o</sup>, L. García<sup>p</sup>, E.R. Martínez<sup>q</sup>, E. de Eusebio<sup>q</sup>, S. Bel<sup>r</sup>, A. Pérez<sup>s</sup>, G. Aparicio<sup>t</sup>, G. Carretero<sup>u</sup>, J.A. Pujol<sup>v</sup>, L. Salgado<sup>w</sup>, M. Ara<sup>x</sup>, L. Rodríguez Fernández<sup>z</sup>, C. Muñoz<sup>z</sup>, D. Vidal<sup>aa</sup>, I. Belinchón<sup>bb</sup>, C. Grau<sup>cc</sup>, F.J. Ferrando<sup>dd</sup>, J. Rodero<sup>ee</sup>, A. Romero<sup>ff</sup>, N. Eiris<sup>gg</sup>, A.I. Lázaro<sup>hh</sup> y J.M. Carrascosa<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>c</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>d</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>f</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. <sup>g</sup>Hospital de Manacor. Illes Balears. <sup>h</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>i</sup>Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. <sup>j</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>k</sup>Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>l</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>m</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>n</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>o</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>p</sup>Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>q</sup>Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo. <sup>r</sup>Hospital General Universitario. Guadalajara. <sup>s</sup>Hospital Comarcal de Amposta. Tarragona. <sup>t</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>u</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. <sup>v</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. <sup>w</sup>Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. <sup>x</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>y</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>z</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>aa</sup>Hospital General de Granollers. <sup>bb</sup>Hospital Sant Joan Despi Moisès Broggi. Sant Joan Despi. Barcelona. <sup>cc</sup>Hospital General Universitario. Alicante. <sup>dd</sup>Hospital Sant Joan de Reus. Tarragona. <sup>ee</sup>Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona. <sup>ff</sup>Hospital del Vendrell. El Vendrell. Tarragona. <sup>gg</sup>Hospital Universitario de Fuentabrada. Madrid. <sup>hh</sup>Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>ii</sup>Hospital Sagrat Cor. Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La eficacia y seguridad de guselkumab fue demostrada en los ensayos VOYAGE 1 Y 2 y fue aprobado en España en febrero de 2019. Disponemos de pocos datos de efectividad y tolerabilidad del fármaco en la práctica clínica real.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico promovido por el Grupo Español de Psoriasis. Se incluyeron pacientes adultos con psoriasis en placa moderada-grave tratados con guselkumab desde febrero de 2019 hasta el 30 de junio de 2020, con un seguimiento mínimo de 16 semanas. El objetivo primario fue el porcentaje de pacientes que alcanzaron el PASI ≤4 y ≤2 a la semana 24. Se recogió la frecuencia de eventos adversos y el número de pacientes que interrumpieron el tratamiento, así como su motivo por hacerlo.

**Resultados.** Se incluyeron 343 pacientes (198 hombres y 145 mujeres) con una edad media de 48,47 (4,1) años. El BMI medio de 29,7 (6,5). El 90,1% de los pacientes había realizado terapia sistémica convencional, el 55,7 % fototerapia, el 8,2% apremilast y el 89,5% terapia biológica previa. El PASI medio basal de los pacientes fue de 11,1 (7,3), descendiendo a 2,4 (3,2) a la semana 16

(n=335) y a 1,7 (2,8) a la semana 24 (n=249). El 80,3% y el 85,9% de los pacientes alcanzaron el PASI  $\leq$  4 y el 65,4% y el 77,9% el PASI  $\leq$  2 a las semanas 16 y 24, respectivamente. A lo largo del estudio, 18 pacientes presentaron algún acontecimiento adverso, pero solo 9 de ellos discontinuaron el tratamiento por este motivo. Los otros 9 abandonaron guselkumab por otras causas: 3 fallo primario, 2 ineficacia articular, 3 miedo a la COVID-19, y decisión del paciente en el caso restante.

**Conclusiones.** Nuestro trabajo refleja la efectividad y el perfil de seguridad de guselkumab en un contexto distinto al de los ensayos clínicos. A la semana 24, 8 de cada 10 pacientes alcanzaron un PASI absoluto de 2 o inferior, reflejando que un elevado porcentaje de pacientes presentó un control casi completo de la enfermedad

### C05. LA REDUCCIÓN DE DOSIS ES UNA ESTRATEGIA FACTIBLE EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS QUE LOGRAN UNA BUENA RESPUESTA CON SECUKINUMAB. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

E. Daudén<sup>a</sup>, E. Escario<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>c</sup>, D. Vidal<sup>d</sup>, E. Vilarrasa<sup>e</sup>, R. Rivera<sup>f</sup>, P. de la Cueva<sup>g</sup>, A. Martorell<sup>h</sup>, F. Balleca<sup>i</sup>, I. Belinchón<sup>j</sup>, G. Carretero<sup>k</sup>, L. Rodríguez<sup>l</sup>, A. Romero-Maté<sup>m</sup>, J. Pujol-Montcusí<sup>n</sup>, L. Salgado<sup>o</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>p</sup>, P. Coto-Segura<sup>q</sup>, O. Baniandrés<sup>r</sup>, R. Feltes<sup>r</sup>, M. Alsina<sup>s</sup> y M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>d</sup>Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi. <sup>e</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>h</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>i</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital General Universitario de Alicante - ISABIAL. Alicante. <sup>k</sup>Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>l</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>m</sup>Hospital de Fuenlabrada. Madrid. <sup>n</sup>Hospital Universitari "Joan XXIII". Tarragona. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario. Pontevedra. <sup>p</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. <sup>q</sup>Hospital Vital Álvarez-Buylla de Mieres. Asturias. <sup>r</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>s</sup>Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>t</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia, características de los pacientes, efectividad, seguridad, supervivencia del tratamiento de la psoriasis (PsO) e implicación en el coste de una estrategia de reducción de dosis (RD) de secukinumab (SEC) en la práctica clínica diaria.

**Método.** Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, de cohorte a nivel nacional, multicéntrico, de pacientes con PsO en placas moderada-grave, tratados con SEC en condiciones de práctica diaria, hasta dos años de seguimiento. Régimen estándar de dosis inicial. Evaluación a 3, 6, 12, 18 y 24 meses.

**Resultados.** Se incluyeron 347 pacientes. En 63/347 (18,2%) se intentó reducir la dosis de SEC en algún momento del tratamiento (generalmente a los 6 a 12 meses) después de alcanzar y mantener una buena respuesta (en general PASI  $\leq$  1 o PASI 90%). En 51 pacientes se aumentó el intervalo entre administraciones y en 12 la dosis mensual se redujo a 150 mg. La RD con éxito (definida como su mantenimiento durante al menos 6 meses) se logró en el 77,8% (IC95%: 67,5-88,0%) de los pacientes, con una respuesta PASI mantenida desde el mes 6 hasta el final del estudio. La supervivencia del tratamiento con SEC o el perfil de seguridad no se vieron comprometidos por la RD. Se consiguió un ahorro de 410 plumas de SEC. Tras agrupar los éxitos y fracasos de esta estrategia, se observó que la RD ahorró un 33% (IC95%: 30,5-35,8%) del coste.

**Conclusión.** La estrategia de RD de SEC fuera de ficha técnica se utilizó en el 18% de los tratamientos con secukinumab. En aquellos pacientes en los que se logra una buena respuesta mantenida con el régimen de dosis según ficha técnica, la RD puede ser una alternativa factible que muestre una elevada efectividad a largo plazo sin comprometer la supervivencia del tratamiento o empeorar el perfil de seguridad. Además, ha supuesto un ahorro del coste, reduciendo en un tercio la carga económica del régimen según ficha técnica.

### C06 EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD A CORTO PLAZO (16 SEMANAS) DE RISANKIZUMAB EN PSORIASIS EN VIDA REAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 7 HOSPITALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

R. Rivera<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>b</sup>, M. Hospital<sup>c</sup>, I. Martín<sup>d</sup>, O. Baniandrés<sup>e</sup>, D. Ruíz-Genao<sup>f</sup>, P. de la Cueva<sup>g</sup> y C. García Donoso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario La Princesa. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>d</sup>Hospital Universitario de Getafe. <sup>e</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón. <sup>f</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

**Introducción.** Risankizumab es un anticuerpo que inhibe IL23, recientemente aprobado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas moderada grave. Aún hay pocos datos sobre su efectividad y tolerancia en la vida real. En la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) risankizumab está disponible desde abril de 2020.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio observacional, retrospectivo con 43 pacientes con psoriasis en placas tratados con risankizumab en 7 hospitales de la CAM entre abril de 2020 y diciembre de 2020.

Evaluamos la efectividad y tolerabilidad de risankizumab en las primeras semanas de tratamiento en práctica clínica. Analizamos las características demográficas de los pacientes, la historia de la psoriasis (edad de comienzo, presencia o no de artritis, tratamientos previos), comorbilidades y gravedad de la psoriasis al inicio del tratamiento. Para la valoración de la respuesta al tratamiento utilizamos el PASI absoluto  $\leq$  2 alcanzado a las 4 y a las 16 semanas. Revisamos también los acontecimientos adversos (AA) reportados durante el tratamiento

**Resultados.** Presentamos datos iniciales de 30 pacientes, la mayoría (n=22) varones, con una media de edad de 54 años, un PASI basal medio de 14 ( $\pm$  7,2), un 16,7 % con artropatía psoriásica, un 50% antecedentes de tuberculosis latente, todos habían recibido algún tratamiento sistémico previo, con una media de 3,2. La mayoría de los pacientes (79,3%) había recibido algún tratamiento biológico antes, con una media de biológicos previos de 2,4. Los pacientes que alcanzaron un PASI  $\leq$  2 fueron un 37% en semana 4 y un 87% en semana 16. No se reportaron AA relevantes en este período, no hubo ninguna suspensión del tratamiento.

**Conclusiones.** Presentamos una serie multicéntrica de pacientes con psoriasis tratados con risankizumab en CAM en práctica clínica. Encontramos una alta eficacia a corto plazo similar a la reportada en los ensayos a pesar de la mayor complejidad de los pacientes

### C07 MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON PSORIASIS. PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

A. Altemir-Vidal, G. Melé-Ninot, A.I. Lázaro-Simó, M. Iglesias-Sancho, M. Quintana-Codina, J. Arandes-Marcocci, M. Corral-Forteza y M. Salleras-Redonnet

Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Quirónsalud. Barcelona.



**Objetivo.** Determinar la prevalencia de alteraciones orales en pacientes con psoriasis y su asociación con las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad.

**Material.** Estudio observacional transversal incluyendo 100 pacientes con psoriasis y 100 control que acudieron a nuestro servicio entre diciembre de 2019 y febrero de 2020. Se recogieron datos biométricos, comorbilidades y alteraciones orales detectadas en la exploración física. Además, en los pacientes con psoriasis, se registraron las características clínicas de la enfermedad: tiempo de evolución, forma de afectación y localizaciones especiales, gravedad (PASI, BSA, DLQI) y los tratamientos previos y el actual.

**Resultados.** Los pacientes con psoriasis presentaron una mayor prevalencia de alteraciones de la mucosa oral respecto al grupo control (74% vs. 46%), destacando una mayor prevalencia de lengua fisurada (LF) (39% vs. 16%,  $p < 0,001$ ) y gingivitis (28% vs. 16%,  $p=0,06$ ). La lengua geográfica resultó poco frecuente en ambos grupos (4% vs. 2%). Otras alteraciones orales detectadas no resultaron significativas. Dentro del grupo con psoriasis, se detectó una mayor prevalencia de LF en los pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus y artritis psoriásica. La gingivitis se relacionó con aquellos con patología cardiovascular. Ni la forma ni la localización ni el tiempo de evolución de la psoriasis se relacionaron con más alteraciones orales. Se detectó una mayor prevalencia de LF y gingivitis en aquellos individuos con valores de PASI, BSA y DLQI más elevados.

**Conclusiones.** Los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de alteraciones orales, especialmente lengua fisurada y gingivitis. Queremos destacar la importancia de la exploración de la mucosa oral, especialmente en aquellos con patología cardiovascular, diabetes mellitus o artritis psoriásica, y los enfermos más graves. Creemos conveniente realizarla independientemente del tiempo de evolución, forma o localización de la psoriasis.

#### C08. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BRODALUMAB EN PSORIASIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE PSORIASIS

A. Sahuquillo Torralba<sup>a</sup>, M. Hospital Gil<sup>b</sup>, C. Pujol Marco<sup>a</sup>, R. Ruíz<sup>c</sup>, M. Velasco<sup>d</sup>, R. Rivera Díaz<sup>e</sup>, F. la Fuente<sup>f</sup>, E. Vilarrasa<sup>g</sup>, M. Iñáñez Velasco<sup>h</sup>, P. Herranz Pinto<sup>i</sup>, A. López<sup>g</sup>, F. Ballezá López<sup>j</sup>, P. de la Cueva Dobao<sup>k</sup>, J.L. López Estebanz<sup>l</sup>, S. Medina Montalvo<sup>m</sup>, J.M. Carrascosa<sup>j</sup>, M. Ribera Pibernat<sup>n</sup>, B. Aranegui Arteaga<sup>ñ</sup>, S. Medina Montalvo<sup>o</sup>, C. López Lluell<sup>n</sup>, S. Armesto<sup>p</sup>, M. L. Fernández<sup>q</sup>, I. Yanguas<sup>r</sup>, O. Baniandrés Rodríguez<sup>s</sup>, L. Salgado<sup>t</sup>, M. García<sup>u</sup>, I. Belinchón<sup>v</sup>, J.M. Ortiz<sup>w</sup>, A. Romero Mate<sup>x</sup>, E. Martínez Lorenzo<sup>y</sup> y R. Botella Estrada<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>b</sup>Hospital Universitario Puerta del Hierro. Madrid. <sup>c</sup>Hospital San Cecilio. Granada. <sup>d</sup>Hospital Arnau de Valencia. Valencia. <sup>e</sup>Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Reina Sofía de Granada. Granada. <sup>g</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>h</sup>Hospital Universitario La Princesa. <sup>i</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>j</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>k</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. <sup>l</sup>Hospital Universitario de Alcorcón. <sup>m</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. <sup>n</sup>Hospital Parc Taulí. Sabadell. <sup>ñ</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina. <sup>o</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. <sup>p</sup>Hospital de Valdecilla. Santander. <sup>q</sup>Hospital de Lugo. Lugo. <sup>r</sup>Hospital de Navarra. Pamplona. <sup>s</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>t</sup>Hospital de Pontevedra. Pontevedra. <sup>u</sup>Hospital Universitario de Canarias. Canarias. <sup>v</sup>Hospital General de Alicante. Alicante. <sup>w</sup>Hospital General de Valencia. Valencia. <sup>x</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. <sup>y</sup>Hospital Universitario Virgen de la Salud. Toledo. España.*

**Objetivo.** Evaluar la efectividad y seguridad de brodalumab en su uso en la práctica clínica habitual en los centros españoles.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo multicéntrico realizado por los Servicios de Dermatología de los Hospitales integrantes del Grupo Español de Psoriasis.

Se incluyeron todos los pacientes que habían recibido al menos una dosis de brodalumab, con indicación de psoriasis, durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y septiembre de 2020, con un seguimiento mínimo en práctica clínica habitual de tres meses o retirada del tratamiento por el motivo que fuese. El objetivo principal del estudio fue el análisis de eficacia medido mediante el PASI absoluto y relativo así como el alcance del IGA 0-1. De forma secundaria analizamos los diferentes factores demográficos y líneas de tratamiento previas que pudieran influenciar la eficacia al tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 167 pacientes siendo 41 pacientes naive para biológicos y 126 pacientes no naive con una media de 2 biológicos previos. El PASI basal medio (n=167) fue de 11,5, con un PASI basal medio a los 3 (n= 137), 6 (n= 96) y 12 (n= 46) meses de 1,4; 1,4 y 1,7 respectivamente. El tratamiento fue discontinuado en 18 pacientes, con un tiempo medio hasta la retirada de 5 meses. Las causas de retirada fueron fallo 1º en 4 pacientes, fallo 2º en 7 pacientes y acontecimiento adverso en 7 pacientes. Solo 6 pacientes sufrieron infección por SARS-CoV-2 durante el tratamiento con brodalumab, ninguno de ellos desarrolló neumonía ni precisó ingreso hospitalario.

**Conclusiones.** Brodalumab es un fármaco efectivo incluso en pacientes que han recibido terapias biológicas previas. Su uso durante la pandemia por SARS-CoV-2 parece seguro, aunque se necesita un mayor tamaño muestral para poder realizar afirmaciones al respecto. La falta de homogeneidad en el seguimiento de los pacientes incluidos limita, de momento, los resultados del estudio.

#### C09. SECUKINUMAB DEMOSTRÓ UNA EFICACIA ELEVADA Y UN PERFIL DE SEGURIDAD FAVORABLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PSORIASIS EN PLACAS CRÓNICA GRAVE: RESULTADOS DE UN AÑO DE TRATAMIENTO

R. de Lucas<sup>a</sup>, C. Bodemer<sup>b</sup>, A. Kaszuba<sup>c</sup>, K. Kingo<sup>d</sup>, A. Tsianakas<sup>e</sup>, Akimichi Morita<sup>f</sup>, E. Rivas<sup>g</sup>, P. Papanastasiou<sup>h</sup>, D. Keefe<sup>i</sup>, M. Patekar<sup>h</sup>, P. Charef<sup>h</sup>, L. Zhang<sup>j</sup>, S. Cafoncelli<sup>j</sup> y C. Papavassilis<sup>h</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario la Paz. Madrid. España. <sup>b</sup>Hôpital Necker-Enfants Malades. París. Francia. <sup>c</sup>DERMED Medical Services. Lodz. Polonia. Departamento de Dermatología, Dermatología Pediátrica y Oncológica. <sup>d</sup>Tartu University Hospital and University of Tartu. Estonia. Departamento de Dermatología. <sup>e</sup>Fachklinik Bad Bentheim. Alemania. Departamento de Dermatología y Alergología. <sup>f</sup>Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences. Nagoya. Japón. Departamento de Geriatria y Dermatología Ambiental. <sup>g</sup>DERMOS. Ciudad de Guatemala. Servicio de Dermatología. <sup>h</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>i</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. EE. UU.*

**Objetivo.** Evaluar eficacia y seguridad de 2 regímenes de secukinumab (SEC) (dosis baja [DB] y dosis alta [DA]) en pacientes (pts) pediátricos con Pso en placas crónica grave (PePCG) durante 1 año.

**Material.** Estudio multicéntrico, doble ciego (NCT02471144). Pts de 6-18 años se aleatorizaron y estratificaron por peso (<25kg, 25 a <50kg, ≥50kg) y edad a DB (75/75/150mg) o DA (75/150/300mg) de SEC sc, PBO y etanercept (ETN) 0,8mg/kg (máx 50mg). Objetivos coprimarios: superioridad de SEC (DB y DA) en PASI75 e IGA mod 2011 0/1 a la semana (s) 12 vs. PBO. Objetivos 2ºs: superioridad de

SEC en PASI90 a la s12 vs PBO y en PASI75/90/100, IGA mod 2011 0/1, CDLQI 0/1 y seguridad hasta la s52.

**Resultados.** Se aleatorizaron 162 pts a SEC DB (n=40)/SEC DA (n=40)/ETN (n=41)/PBO (n=41). La puntuación media PASI basal fue 28,0 y un área de superficie corporal afectada de 40,0%. Se alcanzaron los objetivos 1<sup>o</sup>s con ambas dosis de SEC demostrando superioridad vs. PBO a la s12 (p<0,0001): PASI75, 80,0%, 77,5% vs. 14,6% e IGA mod 2011 0/1, 70%, 60% vs. 4,9%. Ambas dosis de SEC fueron superiores en PASI90 (s12) vs. PBO: 72,5%, 67,5% vs. 2,4% (p<0,0001). Para ETN, PASI75/90 e IGA 0/1: 63,4%, 29,3%, y 34,1%, respectivamente. A la s52, se mantenía la elevada eficacia con SEC (DB y DA) vs. ETN: PASI75/90: DB 87,5%/75,0% y DA 87,5%/80,0% vs. ETN, 68,3%/51,2% e IGA 0/1 DB 72,5% y DA 75,0% vs. ETN, 56,1%. A la s12, se obtuvo mejoría significativa de la calidad de vida (QoL) con SEC (DB y DA) vs. PBO: respondedores CDLQI 0/1 44,7% y 50% vs. 15%; p<0,05 y numéricamente superior vs. ETN (36,6%). A la s52, el n.º de respondedores CDLQI 0/1 en SEC (DB y DA) fue superior numéricamente vs. ETN: 60,6% y 66,7% vs. 44,4%. El perfil de seguridad de SEC en pts pediátricos fue consistente con el previamente descrito.

**Conclusiones.** SEC (DB y DA) demostró una eficacia elevada y sostenida hasta la s52 en el aclaramiento de la piel y en la QoL y un perfil de seguridad favorable en pacientes pediátricos con PePCG.

### C10. ACTIVACIÓN, ADHERENCIA Y RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

M. Sáez Belló<sup>a</sup>, A. Mateu Puchades<sup>b</sup>, A. Sendra García<sup>a</sup>, S. Santos Alarcón<sup>b</sup>, P. Llopis Salvia<sup>a</sup>, M. Hermenegildo Caudevilla<sup>a</sup> y M. Climente Martí<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia y <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

**Objetivos.** Clasificar a los pacientes según el cuestionario de medida de activación (PAM-13) y analizar su relación con la adherencia y los resultados en salud.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con psoriasis moderada/grave en tratamiento con fármacos biológicos. **Variables.** Demográficas (sexo y edad) y relacionadas con la efectividad (Psoriasis Area Severity Index (PASI); no respondedor PASI≥5). Se midió la capacidad del paciente para desempeñar un papel activo en la atención de su salud mediante el PAM-13: no activados ≤55,1 y activados ≥55,2. La adherencia al tratamiento se valoró por combinación del cuestionario Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) y la tasa de posesión de la medicación a 12 meses (TPM; adherentes TPM≥80%). Se consideraron pacientes no adherentes aquellos clasificados como no adherentes según cualquiera de los dos métodos.

**Resultados.** Se incluyeron 29 pacientes, 45% mujeres, con una media de 49 años (IC95% 49; 52). El PAM-13 clasificó al 21% (6/29) de los pacientes como no activados. El 28% (8/29) fueron considerados como no adherentes. Dos pacientes fueron considerados como no respondedores (7%; 2/29). Al relacionar la activación con la adherencia no se observaron diferencias (X<sup>2</sup>=1,9; p=0,168), siendo el 50% (3/6) de los pacientes no activados considerados como no adherentes. Al relacionar la activación con los resultados en salud se observaron diferencias estadísticamente significativas (X<sup>2</sup>=8,2; p=0,004). Los dos pacientes no respondedores fueron considerados como no activados, mientras que el 85% (23/27) de los pacientes respondedores fueron considerados como activados.

**Conclusión.** La mayor proporción de pacientes respondedores encontrada entre los pacientes activados podría indicar una relación positiva entre activación y los resultados en salud, por lo que analizar y fomentar la activación de los pacientes podría contribuir a mejorar la efectividad a los tratamientos.

### C11. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO, INFLAMACIÓN HEPÁTICA, Y ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PSORIASIS: RESULTADOS DE DOS COHORTES OBSERVACIONALES

Á. González-Cantero<sup>a</sup>, M. Teklu<sup>b</sup>, A. Soroki<sup>b</sup>, R. Prussick<sup>c</sup>, J. González-Cantero<sup>d</sup>, J. L. Martín-Rodríguez<sup>e</sup>, N. Patel<sup>b</sup>, J. Rodante<sup>b</sup>, C. Pérez-Hortet<sup>f</sup>, A. I. Sánchez-Moya<sup>f</sup>, N. Jiménez<sup>g</sup>, A. Ballester<sup>h</sup>, J. Solís<sup>h</sup>, L. Fernández-Friera<sup>h</sup>, M.G. Barderas<sup>i</sup>, J. González-Calvin<sup>j</sup>, P. Jaén<sup>a</sup>, M. Playford<sup>b</sup>, A. Dey<sup>b</sup>, J. Gelfand<sup>k,l</sup> y Nehal Mehta<sup>b</sup>,

*Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. <sup>b</sup>National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health. Bethesda. MD. <sup>c</sup>The George Washington School of Medicine and Health Sciences. Washington, DC. USA. Departamento de Radiología. <sup>d</sup>Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>f</sup>Department of Dermatology. Complejo Hospitalario de Toledo. Spain, <sup>g</sup>Department of Cardiology, Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. <sup>h</sup>HM Hospitales-Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares HM CIEC. Madrid. <sup>i</sup>Department of Vascular Pathology. Hospital Nacional de Paraplégicos. SESCAM. Toledo. <sup>j</sup>Departamento de Gastroenterología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España. <sup>k</sup>Department of Biostatistics, Epidemiology and Informatics. Perelman School of Medicine. Philadelphia. Pennsylvania. <sup>l</sup>Department of Dermatology, Perelman School of Medicine. Philadelphia. Pennsylvania. USA.*

**Objetivo.** Evaluar el efecto del hígado graso no alcohólico (HGNA) y de la inflamación hepática en la aterosclerosis subclínica en pacientes con psoriasis.

**Material.** Se realizó un estudio transversal en dos cohortes. Cohorte europea: (n=76 pacientes con psoriasis): la presencia de HGNA así como la cuantificación de grasa hepática se realizó mediante el método ecográfico del índice hepatorenal computarizado (IHR). La aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de una placa de ateroma en el territorio femoral y/o carotídeo mediante ecografía arterial. Cohorte americana: (n=146 pacientes con psoriasis): la inflamación hepática se cuantificó mediante tomografía por emisión de positrones (PET) y la carga de placa de aterosclerosis coronaria mediante angiografía coronaria por TC (ACTC).

**Resultados.** Cohorte europea: 46 pacientes tenían HGNA (61%). Los pacientes con HGNA tuvieron mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica (28 [61%] vs. 7 [23%]; p=0,006). El IHR fue el principal determinante de aterosclerosis subclínica (OR, 3,5; p=0,01). Cohorte americana: los pacientes con elevada captación hepática de 18 fluorodexosiglucosa (<sup>18</sup>F-FDG) tuvieron mayor carga de placa coronaria, tanto total (media, 1,4; SD, 0,48 vs. media, 1,0; SD, 0,33; p<0,001) como no calcificada (media, 1,3; SD, 0,46 vs. media, 0,94; SD, 0,31; p<0,001). La captación hepática de <sup>18</sup>F-FDG se asoció con la carga de placa aterosclerótica no calcificada en modelos ajustados (β=0,23; p=0,02) y no ajustados (β=0,51; p<0,001).

**Conclusiones.** Los pacientes con psoriasis e HGNA presentan mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica. Aquellos pacientes con elevada inflamación hepática tienen mayor carga de placa aterosclerótica coronaria de riesgo, no calcificada. El HGNA incrementa de forma significativa el riesgo cardiovascular en pacientes con psoriasis.

### C12. EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES ANALÍTICAS PRODUCIDAS DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS GRAVE QUE REALIZAN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB, SECUKINUMAB E IXEKIZUMAB

A. Medina Fernández, J.A. Suárez Pérez, E. Herrera Acosta, P. Luque Varela, Á. Barranquero Fernández y E. Herrera Ceballos

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio es evaluar el número de alteraciones analíticas durante el seguimiento de pacientes con psoriasis grave en tratamiento con ustekinumab, secukinumab e ixekizumab.

**Material.** Se llevó a cabo un estudio de cohortes retrospectivas a partir de 345 pacientes que realizaron 410 series de tratamiento: 256 de ustekinumab, 90 de secukinumab y 64 de ixekizumab. De ellos, 200 pacientes se trataron con ustekinumab; 50 con secukinumab; 36 con ixekizumab; 31 con ustekinumab y secukinumab; 19 con ustekinumab e ixekizumab, 3 con secukinumab e ixekizumab y 6 con los tres fármacos. Se estudiaron las analíticas sanguíneas de los primeros 24 meses de tratamiento con cada fármaco. Se utilizó Common Terminology Criteria for Adverse Events (v5) para estadificar la severidad de las alteraciones.

**Resultados.** Treinta y un pacientes tratados con ustekinumab; 4 con secukinumab; 4 con ixekizumab; 3 con ustekinumab y secukinumab; 2 con secukinumab e ixekizumab; ninguno con secukinumab e ixekizumab y uno tratado con los tres fármacos mostraron alteraciones analíticas a lo largo de los 24 meses de seguimiento. Ninguno de los pacientes que presentó alteraciones abandonó el tratamiento por dicho motivo. Actualmente estamos finalizando el análisis de los datos, que serán presentados en el 6º Congreso de Psoriasis.

**Conclusiones.** A partir del primer año de tratamiento podría plantearse un espaciamiento de los estudios analíticos en pacientes con terapia biológica para psoriasis grave.

### C13. PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE Y DIAGNÓSTICO RECIENTE DE CÁNCER EN BIOBADADERM: 3 DE CADA 5 PACIENTES QUE DISCONTINÚAN UN FÁRMACO SISTÉMICO NECESITAN REINICIAR TRATAMIENTO

M. Ferran<sup>a</sup>, G. Carretero<sup>b</sup>, R. Rivera<sup>c</sup>, C. Ferrándiz<sup>d</sup>, E. Daudén<sup>e</sup>, P. de la Cueva<sup>f</sup>, I. Belinchón<sup>g</sup>, F.J. Gómez-García<sup>h</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>i</sup>, D.P. Ruiz-Genao<sup>j</sup>, M. Alsina<sup>k</sup>, O. Baniandrés-Rodríguez<sup>l</sup>, J.L. Sánchez-Carazo<sup>m</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>n</sup>, L. Rodríguez<sup>o</sup>, J. Vilar-Alejo<sup>p</sup>, C. García-Donoso<sup>q</sup>, J.M. Carrascosa<sup>d</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>e</sup>, E. Herrera-Ceballos<sup>l</sup>, J.L. López-Esteban<sup>r</sup>, R. Botella-Estrada<sup>q</sup>, M.A. Descalzo<sup>o</sup>, I. García-Doval<sup>o,p</sup> y BIOBADADERM

*Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>c</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>d</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universidad Autónoma de Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa (IIS-IP). <sup>f</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>g</sup>Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>h</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>i</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>j</sup>Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid. <sup>k</sup>Hospital Clínic de Barcelona. UB. Barcelona. <sup>l</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>m</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>n</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. <sup>o</sup>Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>p</sup>Unidad de Investigación. Fundación Piel Sana AEDV. Madrid. <sup>q</sup>Departamento de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, <sup>r</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. Universidad de Valencia. España.*

**Objetivo.** En la actualidad, no disponemos de guías y apenas existen recomendaciones sobre cómo actuar ante pacientes con psoriasis que requieren tratamiento sistémico cuando son diagnosticados de cáncer. El objetivo del estudio es describir cómo se maneja la psoriasis moderada-grave tras el diagnóstico de cáncer en nuestro medio.

**Material.** Estudio de cohortes prospectivo, multicéntrico, de pacientes con psoriasis moderada-grave que recibieron tratamiento sistémico durante el período de enero 2008 a octubre del 2017, incluidos en el registro BIOBADADERM, en el cual participan 14 hospitales de España. Se identificaron los pacientes con acontecimiento adverso (AA) de cáncer. Se describen los cambios (retiradas e inicios) realizados en el tratamiento de la psoriasis.

**Resultados.** Se identificaron un total de 88 pacientes con AA de cáncer. En el momento del diagnóstico, 69 pacientes (78%) estaban recibiendo 71 fármacos sistémicos. Tras el diagnóstico de cáncer, 86% de los pacientes que realizaban un fármaco sistémico lo discontinuaron. En el 61% de los pacientes que se retiró el tratamiento, se inició un fármaco sistémico tras una mediana de tiempo de 5,5 meses (69% en el primer año tras la retirada). Todos los pacientes que mantuvieron el tratamiento tras el diagnóstico estaban vivos en el momento del análisis (con una mediana de seguimiento de 89,8 meses y una media de 46,5 meses).

**Conclusiones.** La recomendación general ante un paciente en tratamiento sistémico para la psoriasis cuando es diagnosticado de un cáncer es retirar el fármaco, hecho que se refleja en los resultados del estudio. Sin embargo, se ha observado que un alto porcentaje de pacientes (61%) que han discontinuado tratamiento requieren iniciar un sistémico en los siguientes meses, sugiriendo la necesidad de tratar eficazmente la psoriasis en este escenario complejo. En este contexto, faltan guías que avalen nuestra práctica clínica, dado que la retirada del fármaco puede que no sea la mejor opción.

### C14. SUPERVIVENCIA DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE NUEVA GENERACIÓN: EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL SANT PAU

H. Iznardo<sup>a</sup>, C. Tubau<sup>a</sup>, V. Amat<sup>a</sup>, G.J. Sánchez<sup>a</sup>, A. López<sup>a</sup>, E. Vilarrasa<sup>a</sup> y L. Puig<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España.*

**Objetivo.** Determinar la supervivencia global en práctica clínica real de secukinumab, ixekizumab y guselkumab.

**Material.** Estudio retrospectivo de supervivencia global con secukinumab, ixekizumab y guselkumab en un centro de tercer nivel de Barcelona.

**Resultados.** Se incluyeron 78 pacientes tratados con secukinumab, 60 con ixekizumab y 43 con guselkumab, desde noviembre de 2015, enero de 2017 y marzo de 2019, respectivamente, hasta la fecha actual. La evaluación de la supervivencia se determinó con un análisis de supervivencia Kaplan-Meier utilizando el paquete estadístico G-STAT. Se definió paciente censurado (activo) aquel que continuó tratamiento y paciente no censurado (evento) el que lo interrumpió por cualquier causa (fallo primario, fallo secundario, acontecimientos adversos, pérdida de seguimiento o mejoría). La mediana de supervivencia con probabilidad acumulada del 50% fue de 823 y 1404 días para secukinumab e ixekizumab, respectivamente. Para evaluar si existían diferencias en el tiempo de supervivencia entre los distintos fármacos se realizaron pruebas de contraste de los rangos logarítmicos, obteniendo un resultado significativamente estadístico entre anti-IL17 y guselkumab (p-valor 0,0075), siendo no significativo entre secukinumab e ixekizumab (p=0,0671).

**Conclusiones.** La supervivencia del tratamiento biológico se ha documentado en varios registros, tanto nacionales como internacionales. Esta representa una medida indirecta de la eficacia y seguridad de un fármaco en práctica clínica real, permitiendo comparar tratamientos. En nuestra serie, guselkumab presentó una mejor supervivencia global, seguido de ixekizumab y secukinumab. La falta de eficacia fue el motivo más frecuente de discontinuación en los tres fármacos. Aunque el tratamiento previo con biológicos se ha descrito como un predictor de menor supervivencia en psoriasis, la mayoría nuestros pacientes eran no naïve.



### C15. IMPACTO DE HERRAMIENTAS DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA CONSULTA DE PSORIASIS: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 85 PACIENTES

A. Martorell<sup>a</sup>, E. Ibor<sup>a</sup>, V. Gisbert<sup>a</sup>, F. Nabla<sup>b</sup>, M. Solera<sup>a</sup>, M.L. García Melgares<sup>a</sup>, L. Hueso<sup>a</sup>, J. Rueda<sup>a</sup>, G. Ochando<sup>a</sup>, M. Borrás<sup>a</sup> y A. Alfaro<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital de Manises. <sup>b</sup>Universidad Católica de Valencia. Valencia. España.*

**Introducción.** El paciente con psoriasis demuestra día a día un mayor empoderamiento y gran capacidad para su autoevaluación.

**Objetivo.** El objetivo principal fue evaluar el impacto de los cuestionarios de resultados evaluados por el paciente en la práctica clínica habitual con respecto a la modificación del tratamiento. De forma secundaria, se realizó una evaluación a doble ciego de BSA y de la placa más representativa evaluada por el paciente, por el clínico y por el algoritmo de IA Imapsors.

**Material y método.** Se realizó un estudio prospectivo en el que el paciente fue evaluado por su dermatólogo en 2 ocasiones separadas por 1 hora: consulta 1: evaluación clínica aislada; consulta 2: evaluación con PRO (DLQI, PSSD) Test PEST, y valoración del BSA percibido por el paciente.

**Resultados.** Un total de 85 pacientes fueron evaluados. Desde el punto de vista de los PROs, hasta un 42% de los casos se modificó la actitud terapéutica. El test PEST detectó un 13% de pacientes con sospecha de artritis psoriásica no filiada. EL BSA definido por el paciente permitió mejorar la exploración física del mismo, con un incremento significativo en la medición del valor final del PASI y una mayor detección de afectación de zona íntima. La evaluación de la placa más representativa por parte del clínico y por el paciente mostró diferencias significativas. Dicha diferencia quedó resuelta con la aplicación del modelo de inteligencia artificial IMAPSORS a la evaluación de la imagen fotográfica tomada por smartphone, que no mostró diferencias significativas con respecto a la evaluación clínica.

**Conclusiones.** 1. Existe un impacto evidente de los PRO en la actitud terapéutica del paciente con psoriasis. 2. La preevaluación de la superficie afecta por parte del paciente ayuda a mejorar la exploración física. 3. Una cuantificación de la psoriasis mediante soluciones como IMAPSORS abren la puerta a una futura monitorización domiciliaria del paciente con psoriasis en casos seleccionados.

### C16. ANÁLISIS DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA SEVERA

J.L. López Estebanz, M. López Pando, C. Guijarro, M. Pérez Encinas, E. García Zamora, D. Ruiz, M. Vela Ganuza y E. Pérez Fernández

*Servicio de Dermatología, Farmacia e Investigación. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

Hemos evaluado la aparición de eventos cardiovasculares, en una cohorte de pacientes con psoriasis. Además, evaluamos la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y la influencia del tratamiento con fármacos biológicos sobre la aparición de eventos cardiovasculares (EC).

**Material/métodos.** Estudio observacional de carácter retrospectivo de una cohorte de 100 pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-severa en tratamiento con un fármaco biológico. La media del tiempo de seguimiento fue de 11,5 años. Se valoró la tasa de incidencia de EV calculado con la distribución de Poisson y aplicado un análisis univariante mediante modelos de Poisson.

**Resultados.** Se observó una tasa de incidencia de EC de 0,788 por cada 100 pacientes por año, mostrándose un incremento del riesgo relativo (IRR) del 6,77 en aquellos pacientes con psoriasis moderada-severa que presentaron de manera concurrente diabetes. Los pacientes con obesidad tuvieron un riesgo aumentado de padecer un EC con un IRR de 5,13. Todos los pacientes que padecieron un EC presentaron dislipemia. Los resultados mostraron un aumento de factores de riesgo cardiovascular, en particular de obesidad, diabetes mellitus y tabaquismo, en comparación con la población general. Además, los resultados reflejan una elevada prevalencia de fibrilación auricular en los pacientes con psoriasis. El tratamiento con fármacos biológicos parece conceder cierta protección frente a la aparición de EC, con un IRR de 0,65 para anti-TNF, IRR de 0,87 anti-IL-17 y un IRR de 0,78 para anti-IL-12, IL-23. Sin embargo, estos resultados no demostraron significación estadística. En conclusión, se ha demostrado un incremento del riesgo de padecer un EC en pacientes que presentaron de manera concomitante diabetes, obesidad, dislipemia o síndrome metabólico y un aumento de la prevalencia de estos factores de riesgo cardiovascular en comparación con la población general.

## e-Póster

### P01. EXPERIENCIA CON SECUKINUMAB CON PACIENTES NAÏVE. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DURANTE 7 AÑOS

S. Santos Alarcón<sup>a,b</sup>, H. Gegúndez Hernández<sup>b</sup>, J. Sabater Abad<sup>a</sup>, M. Sáez Belló<sup>b</sup>, M.A. Martínez Ferrer<sup>c</sup> y A. Mateu Puchades<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. <sup>b</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** Secukinumab es un anticuerpo monoclonal recombinante, íntegramente humano, selectivo a la interleuquina 17A, con indicación para psoriasis moderada-grave.

**Objetivo.** El objetivo de este estudio de observación de práctica clínica habitual es el describir resultados de efectividad y seguridad, en pacientes naïve. Se analizaron pacientes naïve que recibieron dicho fármaco.

**Material.** Se analizaron 67 pacientes naïve, atendiendo a variables demográficas, de su historia natural y tipo de psoriasis, comorbilidades, efectividad de tratamiento y seguridad tanto a corto como a largo plazo, hasta periodo de seguimiento máximo de paciente. Se analizó la respuesta mantenida de secukinumab a lo largo del seguimiento.

**Resultados.** Se describen gráficas en el trabajo, sobre variables demográficas, historia natural y tipo de psoriasis, comorbilidades. Analizando la efectividad de tratamiento y seguridad tanto a corto como a largo plazo. Se analizó a la semana 60 de tratamiento, en un total de 44 pacientes, las respuestas PASI 75, PASI 90, PASI 100 obtenidas, así como el porcentaje de pacientes con PASI absoluto menor o igual a 1, a 2, a 3, y a 5. Además, se siguió a los pacientes, y se analizó el mantenimiento de dichos valores de PASI absoluto, si los pacientes en cualquier momento del seguimiento presentaban un PASI mayor a dichos valores, se contabilizaba como que no mantenía dicha respuesta. Tres de los pacientes utilizaron de manera combinada, metotrexato; 1 paciente con eritrodermia recibió conjuntamente al inicio del tratamiento ciclosporina. Se adjuntan datos de seguridad.

**Conclusiones.** Secukinumab presenta una buena alternativa tanto en efectividad, como seguridad, a corto y largo plazo, en pacientes naïve

## PO2. DETERMINACIÓN DE NIVELES DE FÁRMACO EN PACIENTES CON PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

P.A. Cerro Muñoz<sup>a</sup>, E. Navarro Desentre<sup>b</sup>, A.M. Palma Ruiz<sup>a</sup>, A. Navarro Bielsa<sup>a</sup>, M. Almenara Blasco<sup>a</sup>, M.T. Gracia Cazorro<sup>b</sup>, A.M. Morales Callaghan<sup>a</sup> y E. Simal Gil<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. <sup>b</sup>Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

**Introducción y objetivo.** El uso de los fármacos biológicos ha revolucionado el tratamiento de enfermedades inflamatorias como la psoriasis. Existe variabilidad interindividual en la respuesta a estos fármacos en los pacientes con psoriasis, la pérdida de eficacia se ha relacionado con los niveles plasmáticos subterapéuticos. Nuestro objetivo fue describir la relación entre los niveles plasmáticos de adalimumab y la efectividad del tratamiento en pacientes con psoriasis moderada-grave.

**Material y métodos.** Es un estudio observacional descriptivo retrospectivo. La muestra corresponde a adultos con diagnóstico de psoriasis moderada-grave en tratamiento con adalimumab seguidos en la consulta monográfica de psoriasis del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, desde mediados de septiembre de 2019 hasta marzo de 2020. Se midieron los niveles plasmáticos de adalimumab, clasificándolos en tres niveles: <3,5 µg/ml (niveles subterapéuticos); 3,5-7,0 µg/ml (rango terapéutico) y >7,0 µg/ml (niveles supraterapéuticos). La efectividad se midió comparando el PASI0 antes de iniciar tratamiento con adalimumab y PASIF tras iniciarlo.

**Resultados.** El estudio incluyó 14 pacientes 3 mujeres y 11 hombres. La edad de los pacientes comprendía desde los 31 hasta los 64 años, siendo más frecuente 38-44 años. El 64% presentó niveles en rango terapéutico o supraterapéuticos. De los pacientes con PASIF 0, un 93% presentó niveles en rango o supraterapéuticos. De los que presentaban PASIF >5, un 21% tenían niveles infraterapéuticos con PASI 0 (optimizados) y un 7% presentó niveles infraterapéuticos con PASI 0. Un 57% siguió pauta optimizada, un 36% la estándar y un 7% cambió de fármaco. **Conclusiones.** Existe un 93% en los que la situación clínica se correlaciona con el resultado de la monitorización farmacocinética. La medición de los niveles de fármacos y anticuerpos antifármaco resulta ser una estrategia prometedora que se puede utilizar para optimizar la terapéutica de la psoriasis

## PO3. PREVALENCIA DE COVID-19 DURANTE LA PRIMERA OLEADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

D. Fernández-Nieto, J. Jiménez-Cauhe, D. Ortega-Quijano, A. Suárez-Valle<sup>a</sup>, Á. González-Cantero<sup>a</sup>, N. Jiménez-Gómez<sup>a</sup> y A. Ballester-Martínez<sup>a</sup>

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19) en los pacientes con psoriasis y tratamiento biológico durante la primera oleada en Madrid.

**Material.** Registro de pacientes con psoriasis y tratamientos biológicos del Hospital Ramón y Cajal entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de julio de 2020. Estudio de corte transversal retrospectivo.

**Resultados.** Se incluyeron 258 pacientes, con una edad media de 48,8 años (rango 13-92), de los cuales 103 (40%) eran mujeres. Treinta pacientes (11,6%) recibían tratamiento con etanercept, 94 (36,4%) con adalimumab, 2 (0,8%) con certolizumab, 90 (34,9%) con ustekinumab, 32 (12,4%) con secukinumab, 2 (0,8%) con ixekizumab, y 9 (3,5%) con guselkumab. En total se registraron 11 (4,2%) casos sospecha de COVID-19. Se realizó test PCR a 3 pacientes, de los cuales un paciente fue positivo. En este paciente se confirmó una neumonía por COVID-19, y recibiendo tan solo tratamiento sintomático. Ninguno de los pacientes requirió ingreso. No hubo muertes producidas por COVID-19.

**Conclusiones.** Los tratamientos biológicos no parecen asociarse a un mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 ni a un peor pronóstico de la COVID-19. Estos datos son consistentes con la literatura científica publicada hasta la fecha. El presente estudio refleja la dificultad para acceder a test diagnósticos de SARS-CoV-2 durante la primera oleada en pacientes paucisintomáticos.

## PO4. PSORIASIS LINEAL, PALMOPLANTAR E INVERTIDA INDUCIDA POR PEMBROLIZUMAB

R. Linares Navarro<sup>a</sup>, H. Perandones González<sup>a</sup>, L.M. Valladares Narganes<sup>a</sup>, I. Delgado Sillero<sup>b</sup> y M.Á. Rodríguez Prieto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.

**Introducción.** Los anticuerpos anti PD-1/PD-L1 (nivolumab, pembrolizumab) son capaces de inducir numerosos efectos adversos cutáneos, en su mayoría inmunomediados. Entre ellos se encuentran erupciones maculopapulares, prurito, dermatitis liquenoide y psoriasis. A continuación se presenta el caso de un paciente diagnosticado de cáncer de pulmón en tratamiento con pembrolizumab que desarrolló una psoriasis lineal, palmoplantar e invertida de nueva aparición.

**Presentación del caso clínico:** varón de 56 años diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, sin psoriasis previa ni otros antecedentes personales de interés. Recibió tratamiento con pembrolizumab y tras dos meses del comienzo del mismo desarrolló lesiones compatibles con psoriasis de distribución lineal en cuello, palmoplantar e invertida en ingles y axilas. Fue tratado con corticoides tópicos, análogos de la vitamina D3 tópicos y acitretina oral, con buena respuesta. No fue necesaria la discontinuación del tratamiento oncológico con pembrolizumab y se consiguió obtener una remisión completa.

**Conclusiones y discusión.** Se han reportado varios casos de exacerbación de psoriasis previa o de nueva aparición en pacientes tratados con anticuerpos anti-PD-1/PD-L1. La patogenia de este proceso no se conoce con exactitud pero se especula que los mencionados fármacos podrían aumentar la activación de la vía Th17, la cual es inhibida por la vía PD-1. Se han descrito formas de psoriasis inducida por pembrolizumab y nivolumab en placas, invertida, palmoplantar y lineal, siendo esta última menos frecuente. También se han descritos casos de artritis psoriásica inducida por estos anticuerpos. En la mayoría de estos casos, la psoriasis puede controlarse mediante corticoides tópicos, análogos de la vitamina D3 tópicos o retinoides, sin ser necesaria la discontinuación del tratamiento oncológico. En casos refractarios, se han publicado buenas respuestas con apremilast y fármacos anti IL-17 A como secukinumab. Con el uso de este tipo de terapias podrían evitarse ciclos largos de corticoides sistémicos o inmunosupresores, que podrían disminuir la eficacia antitumoral de los anti-PD-1/PD-L1. Es importante diagnosticar y tratar precozmente estas reacciones adversas cutáneas para evitar la discontinuación innecesaria de los tratamientos oncológicos y alcanzar un mejor pronóstico para el paciente.

## PO5. REMISIÓN COMPLETA DE LA PSORIASIS EN PLACAS GRAVE DURANTE MÁS DE DOS AÑOS TRAS INTERVENCIÓN PRECOZ CON SECUKINUMAB: ¿ES POSIBLE MODIFICAR EL CURSO DE LA INFLAMACIÓN?

N. Francisco de Asís Alcántara, M. Canseco Martín, P. Fonda Pascual, L. Sánchez Los Arcos, C. Collantes Rodríguez, P. Fernández González y S. Vidal Asensi

Servicio de Dermatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.



**Objetivo.** Estudiar la evolución del caso de una paciente de nuestro hospital en la que, habiendo realizado una intervención temprana con secukinumab 300 mg, se mantiene clínicamente asintomática después de 29 meses sin tratamiento.

**Resultados.** Paciente de 37 años con psoriasis desde 2012. Realizó diversos tratamientos tópicos con respuesta parcial. En febrero de 2017, presentó un empeoramiento cutáneo, por lo que inició tratamiento con fototerapia UVB-BE, a pesar de lo cual continuó empeorando. En base a su estado de gravedad (PASI 17,8) se decide, en marzo de 2017, iniciar tratamiento con secukinumab según la posología recomendada por ficha técnica. A los 3 meses estaba con PASI 0. En octubre de 2017, la paciente se queda embarazada y se interrumpe el tratamiento en diciembre de 2017. En ese momento, la paciente estaba controlada (PASI 0), control que se mantenía desde junio de 2017 (semana 12). En julio de 2018, la paciente dio a luz a una niña sana. Desde que se le interrumpió el tratamiento por el motivo indicado hasta su última visita en mayo de 2020, la paciente no ha vuelto a recaer. No se observaron lesiones (PASI 0).

**Discusión.** ¿Podría estar relacionada esta remisión con el hecho de haber tratado precozmente esta psoriasis con secukinumab?

**Conclusiones.** La IL17 juega un papel fundamental en la inflamación de la psoriasis. El grupo de Cheuk S, et al encontraron células T epiteliales productoras de IL17, fundamentales a la hora de crear “memoria de enfermedad”, en las placas de psoriasis “curadas”. Por otro lado, Clark RA sugirió que hay un subgrupo de linfocitos T denominado linfocitos T de memoria residentes en los tejidos que son clave para la generación de cronicidad y recidivas en la enfermedad. Esto es, producir interleucina IL-17A y IL-22 tras su activación. Según estos datos, la inhibición de la IL-17A poco después del inicio de la enfermedad puede ser una estrategia terapéutica novedosa e importante

#### P06. DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS A LA PRÁCTICA EN VIDA REAL: PECULIARIDADES DEL TRATAMIENTO CON IXEKIZUMAB

I. González Villanueva<sup>a</sup>, A. Docampo Simón<sup>a</sup>, M.J. Sánchez Pujol<sup>a</sup>, P. Álvarez Chichilla<sup>b</sup> e I. Belinchón Romero<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>b</sup>Hospital Universitario de San Juan de Alicante. Alicante. España.*

**Objetivo.** Describir los aspectos más relevantes del tratamiento con ixekizumab en práctica clínica real.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con ixekizumab en la Unidad de Psoriasis del Hospital General Universitario de Alicante. Se estudiaron las variables epidemiológicas y clínicas, incluyendo las propias de la psoriasis, las comorbilidades, los tratamientos previos, variables de respuesta al tratamiento y aparición de efectos adversos.

**Resultados.** Entre enero de 2018 y noviembre de 2020, un total de 15 pacientes fueron tratados con ixekizumab, de los cuales el 66,6% fueron varones. Cuatro de los 15 pacientes presentaba artritis psoriásica. Dos pacientes eran naïve a fármacos biológicos y el resto de los pacientes de la serie habían llevado al menos 2 fármacos biológicos previamente. Tanto en el grupo de pacientes naïve como no naïve, las respuestas al tratamiento con ixekizumab fueron similares. Solo en dos de los pacientes, el tratamiento con ixekizumab fue interrumpido tras respuesta completa, y al recaer fue reintroducido sin inducción. Ambos casos recuperaron respuesta completa, tal y como indican los resultados de los ensayos UNCOVER-J. Cuatro de los 5 pacientes que presentaban afectación de localizaciones especiales, obtuvieron una respuesta completa al tratamiento con ixekizumab. El 53,3% de los pacientes refirieron efectos adversos. El más frecuente fue la reacción local en el lugar de la inyección (26%).

**Conclusiones.** Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL-17A aprobado para el tratamiento de psoriasis en placas moderada grave, artritis psoriásica y espondiloartritis axial. Los datos en práctica clínica real avalan los resultados de los ensayos clínicos UNCOVER 2-3 y J.

#### P07. RISANKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 3 HOSPITALES DE ANDALUCÍA

R. Ruiz-Villaverde<sup>a</sup>, F. J. Navarro-Triviño<sup>a</sup>, J. C. Armario-Hita<sup>b</sup>, M. Galán-Gutiérrez<sup>c</sup> y J.C. Ruiz-Carrascosa<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>b</sup>Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. <sup>c</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Objetivo.** Describir la efectividad a corto plazo (16W) y seguridad de risankizumab en práctica clínica en pacientes con psoriasis en placas de moderada-grave con afectación de localizaciones especiales.

**Material.** Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico. Los datos se extrajeron de las historias clínicas de pacientes tratados con risankizumab en 3 hospitales andaluces. Para la evaluación de los pacientes se analizaron los datos de PASI abs, BSA, EVA prurito y DLQI. También se recogieron características demográficas de los pacientes, así como las localizaciones especiales, comorbilidades y número de tratamientos previos.

**Resultados.** De los 16 pacientes evaluados, un 100% presentaba psoriasis en placas con afectación en localizaciones especiales (43,75% ungueal + cuero cabelludo, 37,5% cuero cabelludo, 12,5% ungueal y 6,25% cuero cabelludo + palmoplantar). La edad media de estos pacientes era de 42,75 años, con una psoriasis de 13,94 años de evolución de media siendo un 81,25% de los pacientes varones.

El PASI medio basal de estos pacientes era de 17,83 y tras 16 W de tratamiento (2 dosis, W0 y W4) se obtuvo un PASI medio absoluto de 0,48. Respecto al BSA y el EVA prurito medio, el dato basal fue de 17,76 y 6,56 respectivamente y tras 16 W de tratamiento se obtuvo una mejora a 0,38 y 0,38 respectivamente. En cuanto a la calidad de vida, el DLQI medio basal de estos pacientes fue de 14,81 y tras 16 W de tratamiento se obtuvo un DLQI medio de 0,44. A las 16 W de tratamiento el 100% de los pacientes alcanzó un PASI ≤ 2, un 87,5% de los pacientes un PASI ≤ 1 y un 68,75% de los pacientes un PASI 0 estando los pacientes en tratamiento a dosis de ficha técnica.

En términos de seguridad, no se observó ningún acontecimiento adverso durante las 16 W de tratamiento.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el tratamiento con risankizumab demostró ser eficaz y seguro en pacientes con psoriasis en placa moderada a grave con afectación de localizaciones especiales.

#### P08. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA EXPERIENCIA CON DIMETILFUMARATO EN PSORIASIS EN PLACAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

B. Baleato Gómez<sup>a</sup>, M. Galán Gutiérrez<sup>a</sup>, P. Gómez Arias<sup>a</sup>, D. Moreno Mesa<sup>a</sup>, D. Díaz Ceca<sup>a</sup>, M. Juan Cencerrado<sup>a</sup>, J.L. Sanz Cabanillas<sup>a</sup> y A.J. Vélez García-Nieto<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España.*

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y supervivencia así como el perfil de pacientes que han empleado dimetilfumarato como tratamiento de su psoriasis en el Hospital Reina Sofía de Córdoba.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los pacientes en tratamiento con dimetilfumarato en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba desde el 1 de septiembre de 2018 al 31 de enero de 2020.

**Resultados.** En el análisis se incluyeron un total de 72 pacientes con psoriasis en placas moderada-severa. La edad media de los pacientes fue de 49 años y el índice de masa corporal medio era de 31,18 kg/m<sup>2</sup>.

Las comorbilidades más frecuentemente asociadas fueron hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus e hígado graso no alcohólico. La mayoría de los pacientes que recibieron dimetilfumarato fueron naïve a tratamiento sistémico, o habían usado 1 o 2 tratamientos sistémicos previos. La dosis terapéutica media más usada fue 360 mg/día. La supervivencia del tratamiento fue del 34,7% (25 pacientes), mientras que el 65,3% lo había suspendido (47 pacientes), siendo la intolerancia el principal motivo para la suspensión, sobre todo a nivel gastrointestinal. Desde la utilización del sistema de apoyo telemático hemos apreciado una disminución en el número de abandonos por este motivo.

Los pacientes que toleraron el tratamiento y presentaron respuesta, mostraron un gran resultado clínico alcanzando todos un PASI absoluto medio final inferior a 2.

**Conclusiones.** 1. Dimetilfumarato se ha mostrado como una opción terapéutica a considerar en algunos perfiles de pacientes seleccionados. 2. Los pacientes que presentaron respuesta clínica lo hicieron de forma relativamente precoz y mantenida. 3. La intolerancia fue el principal motivo de suspensión del fármaco. 4. La instauración de programas de soporte telemático puede ayudar a mejorar el manejo de estos pacientes, especialmente a nivel de tolerancia gastrointestinal, aumentando con ello la supervivencia del fármaco.

#### P09. SARS-COV-2 Y DERMATOLOGÍA ¿DE QUIÉN SE ENAMORA EL SARS-2?

S. Armesto<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, C. Naharro<sup>a</sup>, J. Gudín<sup>c</sup>, M.T. Arias Loste<sup>d</sup>, A. Illaró<sup>c</sup>, J. Mayorga<sup>c</sup>, M. Drake<sup>a</sup>, M. Marcellan<sup>a</sup>, A. Quintana<sup>a</sup>, P. Munguía<sup>a</sup>, C. Duran<sup>a</sup>, C. Gómez<sup>a</sup>, M.A. González<sup>a</sup> y M.Á. G. Gay<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup> Servicio de Patología. <sup>c</sup>Servicio de Farmacia. <sup>d</sup>Servicio de Digestivo. <sup>e</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Valoramos 19 pacientes con COVID-19 o contacto íntimo. Diecisiete padecían psoriasis. Dos de ellos se confinaron con su pareja sin abandonar el tratamiento. Estudiamos diferencias entre sexos, década de edad predominante, los tratamientos utilizados y si se abandonaron o no, cómo cambió esta tendencia con el tiempo, el número de ingresados, ambulatorios y asintomáticos positivos y el comportamiento de la PCR según paciente.

Podemos concluir que la psoriasis es un factor favorecedor para el padecimiento de la enfermedad. Encontramos una presencia no significativa por el sexo masculino. La edad media resultó más joven que la referida de forma habitual: 4ª década. Curiosamente se infectaron en mayor porcentaje los pacientes con tratamiento tópico. Aunque en un inicio se mantuvo apremilast, todos estaban bajo la vida media de sus diferentes medicaciones. En el transcurso del tiempo la tendencia fue a mantener biológicos, no suprimirlos en la fase activa. El número de ingresos se superponía al de pacientes ambulatorios. Los anti-TNF marcaban un peor pronóstico, bien en días de ingreso o necesidad de cuidados intensivos. Según comorbilidades predecían un pronóstico. Existía un porcentaje de pacientes asintomáticos con PCR positiva.

#### P10. RESPUESTA RÁPIDA Y MANTENIDA CON TILDRAKIZUMAB EN UNA MUJER DE 79 AÑOS CON PSORIASIS INESTABLE

A. Ballano Ruiz

Hospital Obispo Polanco. Teruel. España.

**Objetivo.** Presentamos un ejemplo de eficacia, rapidez y seguridad de tildrakizumab en psoriasis dentro de un grupo de edad avanzado con psoriasis grave inestable.

**Material y resultados.** Mujer de 79 años, hipertensa y con AF de cáncer de colon. Antecedentes personales de psoriasis en placas de años de evolución, bien controlada con metotrexato hasta que se decidió suspender por dosis acumuladas elevadas. La paciente sufrió un empeoramiento brusco con generalización de las lesiones, con un PASI absoluto de 24 y un BSA de 60. Analítica con serologías y quantiferon negativo, se inició tratamiento con adalimumab pauta de psoriasis con respuesta rápida inicial pero pérdida del PASI50 a los 9 meses, con un PASI absoluto de 10. Se decidió en ese momento iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg pauta de psoriasis, alcanzando una respuesta PASI90 a las 4 semanas, que se ha mantenido a las 36 semanas alcanzando una respuesta PASI95, sin efectos secundarios detectados y con gran satisfacción por parte de la paciente.

**Conclusiones.** Ante una psoriasis grave, inestable y en grupos de edad avanzados el principal interés es buscar un fármaco rápido por un lado, y seguro por el otro. Presentamos otro caso más a los aportados por la literatura en los que se ven datos de seguridad en mayores de 65 años y tasas bajas de neoplasias malignas hasta 5 años, además de resaltar cómo los respondedores rápidos son los que mejores respuestas PASI alcanzan con el tiempo, como fue nuestra paciente.

#### P11. REACCIONES PSORIASIFORMES DESENCADENADAS POR FÁRMACOS ANTI-PD1/ANTIPDL1: SERIE DE 3 CASOS

L.M. Nieto-Benito, Á.M. Rosell-Díaz, E. Hernández de la Torre-Ruiz, I. Balanguer-Franch, C. Lacasta-Plasín, P. García-Piqueras, R. Suárez-Fernández y O. Baniandrés-Rodríguez

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción.** Los fármacos inhibidores del checkpoint anti-PD1/PDL1 son un tratamiento antineoplásico con un perfil de toxicidad específico de clase. El objetivo de nuestro estudio es presentar tres casos atendidos en nuestro servicio de psoriasis de novo/psoriasis reactivada por el uso de fármacos anti-PD1/PDL1.

Caso 1: paciente varón de 79 años, con antecedentes personales de psoriasis leve, presenta progresión de psoriasis en forma de psoriasis en gotas y ungueal tras inicio de tratamiento con nivolumab tras diagnóstico de hepatocarcinoma avanzado. Caso 2: paciente varón de 66 años, con antecedentes personales de pustulosis palmoplantar, que presenta eritema palmar y placas eritematodescamativas en miembros inferiores tras iniciar tratamiento con pembrolizumab por carcinoma urotelial estadio IV. Caso 3: paciente varón de 61 años, con antecedentes personales de psoriasis leve, desarrolla lesiones ungueales y placas hiperqueratóticas en región plantar al mes del inicio de tratamiento con nivolumab + cabozantinib tras diagnóstico de carcinoma renal de células claras.

**Discusión.** La relación entre psoriasis y anti-PD1/PDL1 está bien establecida y no solo a nivel cutáneo; la aparición o exacerbación de artritis psoriásica también ha sido descrita. En la mayoría de los casos, los pacientes presentan antecedentes personales de psoriasis. El mecanismo etiopatogénico no está del todo definido. Parece que el eje PD-1 inhibe la vía de señalización Th1/Th17. Histopatológicamente, son indistinguibles de una psoriasis "clásica". Sin embargo, se ha demostrado una disminución de los niveles de PD-1/PDL1 en los queratinocitos de las lesiones de psoriasis en estos pacientes. El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinar; en la mayoría de los casos, la inmunoterapia puede ser mantenida y las lesiones cutáneas pueden ser manejadas con tratamientos tópicos. La acitretina y la fototerapia UVB pueden ser muy útiles en casos refractarios a tratamiento tópico.

## P12. TU CORAZÓN DE PIEDRA ... ¿FUE POR AMOR O PSORIASIS?

S. Armesto<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, C. Naharro<sup>a</sup>, J. Gudín<sup>c</sup>, M.T. Arias Lose<sup>d</sup>, A. Illaro<sup>c</sup>, J. Mayorga<sup>c</sup>, M. Drake<sup>a</sup>, M. Marcellan<sup>a</sup>, A. Quintana<sup>a</sup>, A. López Sundt<sup>a</sup>, L. Reguero<sup>a</sup>, C. Gómez<sup>a</sup>, E. Davila<sup>f</sup>, M.A. González<sup>a</sup> y M.Á.G. Gay<sup>e</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Patología, <sup>c</sup>Farmacia, <sup>d</sup>Digestivo, <sup>e</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>f</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

Presentamos un varón de 45 años con psoriasis de larga evolución y antecedentes personales de dislipemia y diabetes tipo II en tratamiento con metformina y sitagliptina. Dada la gravedad de su psoriasis así como su inestabilidad realizó tratamientos sucesivos: metotrexato (5 años), ciclosporina, secukinumab, ustekizumab, infliximab (3 años) y por último ixekizumab. En la última consulta presenta una resonancia magnética de corazón con hipertrofia concéntrica severa del ventrículo izdo. con focos de fibrosis anteroseptal y posterolateral basales sin antecedentes de infarto o hipertensión pulmonar. Se han descrito numerosos casos de fibrosis hepática, pulmonar e incluso retroperitoneal coincidiendo con la utilización de metotrexato, anti-TNF y otros modificadores biológicos. En nuestro conocimiento no se describe fibrosis cardíaca en relación a estos fármacos. Valoramos esta posibilidad descartando otras causas.

## P13. DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

R.M. Romero Jiménez<sup>a</sup>, V. Escudero Vilaplana<sup>a</sup>, A. Ais Larisgoitia<sup>a</sup>, O. Baniandrés Rodríguez<sup>b</sup>, C. González Fernández<sup>c</sup>, E. Chamorro de Vega<sup>a</sup>, E. Lobato Matilla<sup>a</sup>, A. Herranz Alonso<sup>a</sup> y M. Sanjurjo Sáez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Farmacia, <sup>b</sup>Dermatología, <sup>c</sup>Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Objetivo.** Desarrollar una aplicación móvil (app) para mejorar la comunicación y el seguimiento de los pacientes con psoriasis (Ps), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA) en tratamiento con terapias biológicas (TB).

**Material.** Un equipo multidisciplinar (dermatólogos, reumatólogos y farmacéuticos) definió las funcionalidades de la app orientadas a realizar un seguimiento y comunicación con pacientes de Ps, APs y EA. Las variables incluidas fueron: sociodemográficas (fecha de nacimiento, sexo), clínicas (patología principal, fecha de diagnóstico, patologías secundarias, peso), farmacoterapéuticas (tratamientos [nombre, posología, registro de administración], efectos secundarios y adherencia al tratamiento [Morisky-Green]), calidad de vida (CV) (evaluada mediante EQ-5D-5L, DLQI [Ps], HAQ [APs y EA], AS-QoL [EA] y PsAQoL [APs]), estado anímico (HAD) y productividad laboral (WPAI).

**Resultados.** Se desarrolló una app (e-MidCare®) para iOS y Android compuesta de 5 módulos: 1. Medicación: contiene el plan de medicación del paciente. Incluye recordatorios y registro de tomas/administraciones. 2. Cuestionarios: son cuestionarios de CV que se envían al paciente con una periodicidad definida. 3. Efectos secundarios: el paciente selecciona el efecto secundario y se realizan recomendaciones según la gravedad registrada. 4. Información útil: incluye información general sobre las TB, consejos para prevención de efectos adversos, consejos nutricionales, preguntas frecuentes y enlaces webs de interés. 5. Comunicación: sistema de mensajería bidireccional paciente-profesional a tiempo real. Se desarrolló una interfaz web para la gestión, seguimiento y comunicación con los pacientes por parte de los profesionales.

**Conclusiones.** La app desarrollada permite realizar un seguimiento y comunicación remotos y a tiempo real con los pacientes de Ps, APs y EA, con el fin de fomentar su papel activo en el control de la enfermedad y aumentar la seguridad y calidad de vida.

## P14. LA LIGA DE LA JUSTICIA: BRODALUMAB DISMINUYE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES EN TIEMPO RÉCORD

S. Armesto<sup>a</sup>, N. Palmou<sup>b</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, C. Naharro<sup>a</sup>, A. López Sundt<sup>a</sup>, J. Gudín<sup>c</sup>, M.T. Arias Lose<sup>d</sup>, A. Illaro<sup>c</sup>, J. Mayorga<sup>c</sup>, M. Drake<sup>a</sup>, M. Marcellan<sup>a</sup>, A. Quintana<sup>a</sup>, C. López Obregón<sup>a</sup>, P. Munguía<sup>a</sup>, C. Durán<sup>a</sup>, C. Gómez<sup>a</sup>, M.A. González<sup>a</sup> y M.Á.G. Gay<sup>e</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Reumatología, <sup>c</sup>Patología, <sup>d</sup>Farmacia, <sup>e</sup>Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Presentamos un varón de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, artritis axial y psoriasis grave de 30 años de evolución. Realizó tratamiento por motivos inicialmente profesionales con apremilast, secukinumab, ixekizumab, adalimumab biosimilar y certolizumab. Presentaba en la penúltima visita un PASI 7, BSA10, PGA3, Picor 5/10, y DLQI 6. En reumatología mantenía rigidez matutina y dolor cervical. La analítica, sin embargo, mostraba anticuerpos moteados finos 1/1280 y anti-DNA nativo de 666.9 con sensación constante de fatiga. Retiramos certolizumab y en 6 semanas la clinimetría cutánea había mejorado hasta conseguir un PASI absoluto de 2, BSA 2, PGA 1 y DLQI 1 pero sorprendentemente los anticuerpos habían descendido 1/320 y el anti-DNA nativo a 248.

Parece por tanto un fármaco que no perjudica y puede estar indicado en caso de lupus.

## P15. PSORIASIS EN CUERO CABELLUDO: EXPERIENCIA CON SECUKINUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Algarra Sahuquillo, J.M. Ramírez Conchas, M.L. Santos e Silva Caldeira Marques, V. Lukoviek, M. Arteaga Henríquez y M. García Bustinduy

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cutánea, crónica y recurrente que afecta a un 1,9-3% de la población española. La gravedad de la psoriasis se clasifica según el nivel PASI, DLQI, BSA (>10) sin embargo, existen localizaciones de difícil tratamiento como el cuero cabelludo, que requieren una consideración especial por el gran impacto físico y emocional que generan. La eficacia de la terapia sistémica y biológica en esta localización está bien establecida, pero escasean estudios en la práctica clínica real sobre su efectividad.

**Objetivo.** Evaluar los datos de efectividad de la terapia biológica con secukinumab en el tratamiento de la psoriasis de cuero cabelludo en un hospital de tercer nivel. **Objetivo secundario:** describir las características demográficas de los pacientes en tratamiento con secukinumab y los efectos adversos presentados.

**Pacientes y métodos.** Pacientes adultos con psoriasis moderada-severa con afectación de cuero cabelludo que cumplen criterios para tratamiento biológico con secukinumab. Se excluyen pacientes en tratamiento con medicación sistémica concomitante. Se clasificaron según la dosis de secukinumab 300mg cada 2, 4 o 6 semanas y sus tratamientos biológicos previos y medicación tópica concomitante. Se evaluó PASI, DLQI, BSA, así como una evaluación clínica de la evolución de afectación de cuero cabelludo en las semanas 0, 4 +/-1, 12, 16 y 24. **Conclusiones.** Se presentan los resultados de efectividad de secukinumab en pacientes con psoriasis en cuero cabelludo en nuestro hospital comparados con los datos de efectividad de esta molécula presentes en la literatura.



### P16 ASOCIACIÓN DIFERENCIAL SEGÚN SEXO DEL ALELO TNF -238A EN PACIENTES CON PSORIASIS

J. Pardo Sánchez, F. Alarcón Soldevilla, T.A. Hernández Gómez, L.F.J. Ruffin Villaoslada, F. Allegue Gallego y Á. López Ávila

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia.*

**Objetivo.** Estudiar el polimorfismo del gen TNF -238G>A (rs361525) en pacientes con psoriasis y en los diferentes subgrupos.

**Material.** Estudio transversal en un grupo de 245 pacientes mayores de edad con psoriasis vulgar. Como grupo control se incluyeron 216 individuos sanos pareados en edad y sexo con el grupo de pacientes. Se tomaron los datos clínico-epidemiológicos y se estratificaron a los pacientes en psoriasis leve o grave, tipo I o tipo II (inicio < 40 o >40 años) y en función de la presencia o ausencia de artropatía psoriásica. Se realizó la tipificación del polimorfismo TNF -238G>A mediante PCR cuantitativa a tiempo real. Se tipificó también el gen HLA-C mediante PCR-SSO.

**Resultados.** El alelo HLA-C\*06 se asoció con psoriasis, sobre todo tipo I (P < 0,001). Respecto al polimorfismo en posición -238 del gen TNF, el alelo A se relacionó con una mayor susceptibilidad a padecer psoriasis (P = 0,006), también sobre todo en formas tipo I (P = 0,001). Cuando se analizó este alelo en función del sexo, se observó que la asociación se mantenía en varones (P = 0,00009; psoriasis tipo I, P = 0,00002), pero no en mujeres. Se halló una fuerte asociación entre ambos alelos HLA-C\*06 y TNF -238A para el total de los pacientes (P = 0,00038), asociación que se mantenía sobre todo en varones (P = 0,001) frente a mujeres (P = 0,027).

**Conclusiones.** La mayor predisposición a padecer psoriasis en varones portadores del alelo TNF -238A, pero no en mujeres, es un hallazgo sorprendente que ya ha sido publicado en la literatura, aunque no en todos los estudios se reproducen estos hallazgos. Diferencias según el sexo ya se han descrito para otros polimorfismos del gen TNF en otras patologías. Estos fenómenos son difíciles de interpretar, pero pudieran relacionarse con diferencias en la frecuencia de recombinaciones meióticas en varones o con mecanismos epigenéticos que conducen a una impronta genómica con una mayor penetrancia de la psoriasis si el padre está afectado.

### P17. VARIACIONES EN EL NÚMERO DE COPIAS DE ADN EN LOS DIFERENTES FENOTIPOS CLÍNICOS DE PSORIASIS Y EN LA PUSTULOSIS PALMOPLANTAR PARADÓJICA INDUCIDA POR FÁRMACOS ANTI-TNF

A. Reolid<sup>a</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>b</sup>, A. Sanz-García<sup>c</sup>, R. Botella-Estrada<sup>b,d</sup>, E. Muñoz-Aceituno<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, J. García-Martínez<sup>e</sup>, E. Daudén<sup>a</sup>, F. Abad-Santos<sup>e,f</sup> y M.C. Ovejero-Benito<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Valencia.

<sup>c</sup>Unidad de Análisis de Datos. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid.

<sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.

<sup>e</sup>Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de la Princesa. Instituto Teófilo Hernando. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

<sup>f</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Instituto de Salud Carlos III, Madrid. España.

**Introducción.** La variación en el número de copias (CNVs) un tipo de variación estructural en la que un fragmento de ADN puede sufrir duplicaciones o deleciones. Cuando las CNVs incluyen genes, se

puede afectar la variación fenotípica humana y contribuir a la aparición de enfermedades como la psoriasis.

**Objetivo.** Identificar las CNVs asociadas a los diferentes fenotipos clínicos de psoriasis (Pso) y a la pustulosis palmoplantar (PPP) paradójica inducida por anti-TNF.

**Material y métodos.** Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado con muestras de piel lesional (L) y sana perilesional (NL), antes del inicio de tratamiento, de pacientes con PsO vulgar moderada-grave (N=8), PsO de cuero cabelludo (N=8), PsO palmoplantar hiperqueratósica (N=12), PsO palmoplantar pustulosa (PPPP, N=11) y pacientes con PPP de novo inducida por anti-TNF (N=6). Las muestras se hibridaron con microarrays de metilación (Illumina 450K). Se procesaron los datos mediante el paquete de R conumee, que permite analizar CNVs a partir de datos de metilación.

**Resultados.** No se encontraron diferencias significativas en las CNVs entre piel L y NL y entre las diferentes formas clínicas de PsO. Al comparar las CNVs derivadas de los diferentes fenotipos clínicos de PsO (N=39) con la PPP inducida por anti-TNF (N=6), se encontraron 3 CNVs estadísticamente significativas que albergaban 4 genes diferentes. No encontramos ninguna diferencia significativa al comparar las CNVs de los pacientes que padecían PPPP (N=11) y los pacientes con PPP inducida por anti-TNF (N=6). Comparando PPPP (N=11) con PPP inducida por anti-TNF en pacientes con enfermedad de Crohn (N=3), se encontraron 10 CNV significativas que albergaban 25 genes.

**Conclusiones.** Las CNVs no parecen estar involucradas en la patogenia de los diferentes fenotipos clínicos de PsO. Sin embargo, nuestros resultados pueden ayudar a predecir qué pacientes con otras enfermedades inflamatorias podrían desarrollar PPP inducida por anti-TNF.

### P18. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE 57 PACIENTES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. López Valle, H. Muñoz González, A Sánchez Velázquez y R Rivera Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Objetivo.** Determinar si el diagnóstico de enfermedad oncológica en pacientes con psoriasis genera un cambio de su tratamiento dermatológico.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de pacientes entre 2012 y 2019 vistos en consulta monográfica de psoriasis y diagnosticados de cáncer. Se compararon los pacientes que han precisado cambio de tratamiento para la psoriasis después del diagnóstico de cáncer y los que no.

**Resultados.** Se recogieron 57 pacientes. La mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico de psoriasis en placas y estaban en tratamiento con tópicos. Solo 3 de los pacientes de la serie precisaba tratamiento con biológicos o pequeñas moléculas antes del diagnóstico oncológico. Respecto al tratamiento oncológico que recibieron los pacientes, la mayoría incluye hormonoterapia (29,82%) o terapias dirigidas/inmunoterapia (24,56%). El 75,44% de los pacientes con psoriasis no precisaron cambio de tratamiento para la enfermedad cutánea en la primera revisión tras el diagnóstico oncológico. Se realizó un análisis estadístico mediante prueba exacta de Fischer demostrando que ni el tipo de psoriasis, ni el tratamiento para la psoriasis ni el tratamiento oncológico influyen de forma estadísticamente significativa en la necesidad del cambio de tratamiento tras el diagnóstico oncológico.

**Conclusiones.** El 75,44% de los pacientes con psoriasis en seguimiento en una consulta de dermatología mantuvieron el mismo tratamiento para la enfermedad cutánea en la primera revisión tras el

diagnóstico de enfermedad oncológica. En pacientes con psoriasis que precisan escalada de tratamiento tras un diagnóstico oncológico, no se ha encontrado influencia del tipo de psoriasis, el tratamiento previo para la psoriasis ni el tipo de tratamiento oncológico recibido.

### P19. IMPACTO DE LA COVID-19 EN LOS PACIENTES DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PSORIASIS MODERADA-SEVERA: EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA DE LLEIDA

E. Canal García, J.M. Casanova Seuma, R.M. Martí Laborda, R. Aguayo Ortiz, J.À. Baldó, J. Pérez Manich y J.M. Fernández Armentero

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Lleida. España.*

**Objetivo.** Describir las características clínicas y terapéuticas de los pacientes afectos de psoriasis moderada-severa y determinar la presencia de infección por COVID-19 y el curso de ésta. Asimismo, valorar si las diferentes terapias para la psoriasis fueron un factor modificante de la infección por COVID-19.

**Material.** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes psoriásicos en seguimiento en la consulta monográfica de psoriasis entre enero y noviembre de 2020 en nuestro centro. Se recogieron los datos clínicos, terapéuticos, así como la presencia de PCR/serologías para COVID-19 y la clínica asociada cuando los resultados fueron positivos.

**Resultados.** Se registraron 184 pacientes con psoriasis (edad 52,62 años), siendo el 62% hombres. El 20,1% (n=37) seguía tratamiento tópico, mientras que el 79,4% (n=146) recibía tratamiento sistémico (31% sistémicos clásicos y 48,4% biológicos). De los 89 casos tratados con biológicos, 12 asociaban metotrexato. El 6% de los pacientes presentó infección COVID-19 confirmada. Los casos de infección por COVID-19 fueron leves en su mayoría (73%, n=8). De los 11 casos COVID-19 positivo, 3 recibían tratamiento con metotrexato, 3 con anti-TNF $\alpha$  y 4 con anti-IL17, 23 o 12/23, siendo positivo 1 paciente en tratamiento tópico. Se documentó 1 caso afecto de múltiples comorbilidades y en tratamiento con metotrexato, que presentó una infección grave por COVID-19, siendo éxitus. Doce pacientes requirieron switch del tratamiento, 5 iniciaron un sistémico clásico y 5 un biológico. Solamente 2 casos suspendieron la medicación, siendo uno COVID-19 positivo. El 99,4% de los pacientes con infección COVID-19 presentó recuperación completa.

**Conclusión.** En nuestro centro la mayoría de los pacientes con psoriasis moderada-severa que sufrieron infección por COVID-19 presentaron buena evolución. Los pacientes en tratamiento con fármacos sistémicos o biológicos no parecen tener un curso distinto en la enfermedad COVID-19 respecto a la población general.

### P20. ESTABILIDAD A LO LARGO DE CUATRO AÑOS DE LA PERSONALIDAD TIPO D EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA A GRAVE Y SUS IMPLICACIONES EN EL DETERIORO PSICOLÓGICO. ESTUDIO DE 130 PACIENTES

P. Aguayo Carreras<sup>a</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>b</sup> y A. Molina Leyva<sup>c</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>b</sup>Hospital Universitario San Cecilio. <sup>c</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Objetivo.** La personalidad tipo D (ptD) se ha relacionado con una peor salud física y psicológica en diversas enfermedades. Se ha postulado que se trata de un rasgo de personalidad estable en

sujetos sanos, sin embargo no existen datos de su estabilidad en pacientes con psoriasis moderada-grave, quienes pueden experimentar cambios en presencia o ausencia de su enfermedad a lo largo del tiempo. El objetivo de este estudio es evaluar la estabilidad de la ptD en pacientes con psoriasis moderada a grave, así como su influencia en la ansiedad y la depresión en estos pacientes.

**Material.** Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron cuarenta pacientes con psoriasis con ptD y sesenta y seis pacientes con psoriasis sin ptD. Los participantes completaron los cuestionarios DS14 y HADS al inicio del estudio y cuatro años después.

**Resultados.** Al comienzo del estudio, la prevalencia de la ptD fue del 37,7% y en la semana 208 fue del 27,3%. El 47,5% de los pacientes tenían ptD. La estabilidad de la ptD fue mayor en pacientes con educación incompleta y en aquellos que estaban separados, divorciados o viudos. Durante el seguimiento, el 15% de los pacientes desarrollaron ptD. El sexo masculino, el tratamiento tópico, la presencia de depresión, ansiedad y altos niveles de afectividad negativa previos aumentaron el riesgo de desarrollar ptD. La ptD se asoció con un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y las tasas de ansiedad y depresión fueron consistentemente más elevadas en pacientes con ptD.

**Conclusiones.** La presencia de ptD varía a lo largo del tiempo en pacientes con psoriasis. Por tanto, es posiblemente más un estado que un fenómeno característico del rasgo, modificado por factores ambientales. La personalidad tipo D puede representar un perfil de personalidad frecuente en pacientes con psoriasis que podría identificar sujetos más vulnerables a las comorbilidades psicológicas y podrían beneficiarse de un abordaje multidisciplinar que incluya la terapia cognitivo-conductual.

### P21. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA CON SB5 (ADALIMUMAB BIOSIMILAR) EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN HOSPITAL DE REFERENCIA

J.À. Baldó, J.M. Fernández Armenteros, J.M. Casanova Seuma, R. Aguayo Ortiz, V. Sanmartín Novell, C. Matas Nadal, E. Canal García, J. Pérez Manich y R.M. Martí Laborda

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. España.*

**Objetivo.** Describir los datos de los pacientes que han recibido SB5 (adalimumab biosimilar), así como su efectividad en el manejo de la psoriasis.

**Material.** Se recopilaron todos los pacientes tratados con SB5 para el tratamiento de la psoriasis en nuestro centro a partir de la base de datos hospitalaria.

**Resultados.** Se obtuvieron 36 pacientes tratados con SB5 (11 mujeres y 25 hombres) con una mediana de edad de 51 años. Entre las principales enfermedades asociadas, el 30,6% tenía artritis psoriásica y el 2,8% enfermedad inflamatoria intestinal. El 94,4% de los pacientes habían recibido fototerapia o tratamiento sistémico convencional previamente, siendo el metotrexato el más utilizado (72,2%). Antes de recibir SB5, 20 pacientes habían recibido al menos 1 biológico previo, siendo de entre ellos adalimumab el más utilizado (75% de los casos). El control de la enfermedad psoriásica en estos pacientes fue bueno con el cambio a SB5. Además, 15 pacientes naïve a biológicos fueron tratados directamente con SB5. La respuesta PASI75 a semana 16 se obtuvo en el 60% de los pacientes, proporción que llegó a aumentar hasta el 73,3% de los pacientes a la semana 24. Únicamente se obtuvo una respuesta clínica insatisfactoria en 3 pacientes con SB5 y se optó por cambiar de diana a un anti-IL17 o anti-IL23. No se objetivaron eventos adversos graves, y dentro de los observados (en el 11,1% de los pacientes), todos ellos fueron por dolor en el sitio de inyección. Curiosamente, todos estos pacientes habían estado tratados previamente con adalimumab, no

observándose este evento en pacientes con otros tratamientos previos ni en naïve a biológicos.

**Conclusiones.** SB5 es un fármaco útil y seguro para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave, tanto en pacientes naïve a tratamiento biológico como en pacientes con terapia biológica previa. Estos datos, juntamente con su asequibilidad, lo convierten en un fármaco muy eficiente para el manejo de la enfermedad psoriásica.

## P22. RESPUESTA TERAPÉUTICA Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS E HIDRADENITIS SUPURATIVA

E.R. Martínez Lorenzo, E Molina Figuera, D. Mateos, L Carbonero Jiménez, L. Alonso Naranjo, LL Bastante y C. Pérez Hortet

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España.*

**Objetivo.** La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria predominantemente cutánea; la hidradenitis supurativa (HS), también enfermedad inflamatoria crónica que afecta al folículo pilosebáceo. En ambas enfermedades existe una sobreexpresión de IL23 y la vía de señalización del linfocito Th17 juega un papel en la patogenia de estas patologías. Analizamos la respuesta terapéutica de ambas patologías y la seguridad de tildrakizumab.

**Material.** Presentamos el caso de una paciente de 48 años con psoriasis de 13 años de evolución. En tratamiento con anti-TNF (adalimumab) a dosis de 40 mg cada 2 semanas con control completo de su psoriasis tras 2 años de tratamiento se diagnostica de HS; en este momento se inicia pauta de 80 mg cada 2 semanas. En estabilidad clínica de ambas patologías, 8 meses más tarde la paciente es diagnosticada de cáncer de mama por lo que se retira este fármaco y se inicia tratamiento con apremilast que se retira tras 7 meses por falta de eficacia. Con un PASI 8.8, BSA 4 y DLQI 17 y con una HS Hurley III con lesiones activas en zona genital e intermamaria se inicia tildrakizumab con dosis según ficha técnica.

**Resultados.** En la semana 16 alcanza un PASI absoluto 1.6, BSA 1 y DLQI 0. En la semana 28 el PASI absoluto ha mejorado (0.5), y mantiene BSA y DLQI de 0.

Respecto a la HS en semana 16 presenta una lesión activa en axila izquierda que se trata localmente además de asociar antibiótico oral durante 8 semanas. En la semana 28 consigue un control completo sin lesiones activas. Durante este tiempo nuestra paciente no ha experimentado efectos adversos relacionados con el fármaco, sus controles analíticos y radiológicos en relación con el cáncer de mama diagnosticado 1 año antes de iniciar tratamiento con tildrakizumab muestran remisión completa de la enfermedad.

**Conclusiones.** Ya es conocida la eficacia y seguridad que tildrakizumab y otros fármacos inhibidores de IL23 aportan a la psoriasis, pero de este caso se puede deducir que esta molécula puede ser una nueva opción terapéutica para la HS.

## P23. BUENA RESPUESTA DE TRATAMIENTO CON BRODALUMAB TRAS FALLO SECUNDARIO A IXEKIZUMAB

P. Maldonado Cid, R. Valverde Garrido, C. Rubio Flores, M. Martín de Santa-Olalla y Llanes, A. Sáez Vicente y R.M. Díaz Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. España.*

**Introducción.** Presentamos el caso de una paciente con psoriasis de cuero cabelludo refractaria a tratamiento, que ha mejorado con tratamiento con brodalumab tras pérdida de respuesta a ixekizumab.

**Caso clínico.** Mujer de 61 años sin antecedentes personales de interés. Presenta psoriasis en placas de más de 30 años de evolución de predominio en cuero cabelludo. Realizó tratamiento con tópicos, metotrexato, acitretino, apremilast y adalimumab, suspendidos por respuesta insuficiente y/o intolerancia. Se plantea tratamiento con ixekizumab, con respuesta completa, pero suspende el tratamiento por temor a infección por covid. Dos meses después reinicia el tratamiento por empeoramiento con afectación extensa del cuero cabelludo, sin mejoría, por lo que se propone cambio de tratamiento a brodalumab pauta según ficha técnica. Presenta mejoría evidente tras recibir 4 dosis de tratamiento.

**Discusión.** Presentamos el caso de una paciente con buena respuesta a tratamiento con brodalumab tras fallo secundario a tratamiento con ixekizumab. Brodalumab es un anticuerpo monoclonal que se une al receptor de IL-17 bloqueando la acción de varias citoquinas de la familia de las IL-17. En los ensayos clínicos ha mostrado una elevada eficacia y rapidez de acción, con un buen perfil de seguridad similar al de otros anti-IL17. Existen algunos casos descritos de buena respuesta a tratamiento con brodalumab tras fallo de tratamiento con otros anti-IL17.

**Conclusiones.** Hemos obtenido buena respuesta con brodalumab tras fallo secundario a otro anti-IL17.

## P24. TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA-GRAVE CON GUSELKUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

A. Calleja Algarra, M. Puerta Peña, J. Fulgencio Barbarin, H. Muñoz González, M. Penalba Torres, P.L. Ortiz Romero, C. García Donoso y R. Rivera Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción.** Guselkumab es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 lambda que inhibe la IL-23 mediante unión a la subunidad p19 de la misma. Su uso en psoriasis moderada-grave ha mostrado superioridad frente a anti-TNF en los ensayos clínicos pivotaes y ya dispone de datos de eficacia superiores a tratamientos biológicos modernos como los anti-IL17 y anti-IL12/23.

**Material y métodos.** Se analiza la efectividad y el perfil de seguridad del fármaco en los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con guselkumab en nuestro servicio (N=27).

**Resultados.** Nuestros pacientes, de edades comprendidas entre los 22 y los 78 años presentaban psoriasis en placas (25 pacientes) y en dos casos psoriasis pustulosa. Las comorbilidades más frecuentes fueron las metabólicas. Tres pacientes tenían historia de neoplasia previa y un 48% de pacientes presentaba antecedentes de TBC latente tratada. Un 30% de pacientes habían recibido 2 o 3 fármacos biológicos previamente y un 37% de pacientes 4 o más. Un 59% de pacientes había fallado previamente a ustekinumab. El PASI basal medio fue de 13,6. Un 70% y un 37% de nuestros pacientes alcanzaron respuesta PASI75 y PASI90 respectivamente a las 16 semanas de tratamiento. Esta respuesta fue inferior a la obtenida en los ensayos clínicos pivotaes, pero tuvo una tendencia ascendente a la semana 24 (83% PASI 75, 65% PASI 90) y se mantuvo a la semana 48 de tratamiento. No se observaron diferencias significativas de respuesta entre pacientes que hubieran recibido previamente ustekinumab frente a los que no.

Un 33% de pacientes presentaron EA asociados, todos ellos leves, siendo lo más frecuente las infecciones respiratorias altas (14,8%), las infecciones urinarias (7,4%) y las reacciones en el sitio de inyección (11%).

**Conclusión.** Presentamos nuestra experiencia en práctica clínica con el uso de guselkumab en pacientes con psoriasis moderada-grave, siendo una nueva alternativa de tratamiento con un excelente perfil de seguridad.



## P25. SECUKINUMAB: SUPERVIVENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. Aubán Pariente<sup>a</sup>, S. Martínez Fernández<sup>b</sup>, B. Vázquez Losada<sup>a</sup>, B. Gómez Vila<sup>a</sup>, I. Maray Mateos<sup>c</sup>, L. Palacios García<sup>a</sup>, C. Galache Osuna<sup>a</sup>, S. Gómez Díez<sup>a</sup>, F. Vázquez López<sup>a,b</sup> y J. Santos-Juanes<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>b</sup>Área de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. <sup>c</sup>Unidad de gestión de Farmacia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

**Objetivo.** Objetivo principal: evaluar la supervivencia global del fármaco Secukinumab, así como los factores que predicen su discontinuación, en pacientes con psoriasis moderada-grave en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Objetivo secundario: describir las características demográficas y clínicas.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave que recibieron secukinumab. La evaluación de la supervivencia se realizó mediante un análisis de supervivencia Kaplan Meier. El análisis univariante y multivariante se realizó con el test de regresión de Cox.

**Resultados.** Se obtuvo una cohorte de 99 pacientes. La edad media al inicio fue de 52,3 ± 11,8 años. El 55,6% eran hombres. El 46,5% tenía obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>). El 67,7% presentaba antecedentes familiares de psoriasis. El 18,2% tenía DM, el 34,3% HTA, el 49,5% DL, y el 51,5% artropatía psoriásica. El 64,3% eran naïve. La supervivencia global del secukinumab fue del 82% el primer año, 64% el segundo, 58% el tercero y 39% el cuarto. La media fue 35,9 meses (IC 95% = 31,14-40,56) y la mediana 40 meses (IC = 30,84-49,16). No se encontraron diferencias en la supervivencia del fármaco en relación al sexo (P = 0,868) o la presencia de artritis (P = 0,051). Sí encontramos diferencias estadísticamente significativas según la presencia de obesidad (P = 0,004) y tratamiento biológico previo (P = 0,029). Los pacientes obesos y no naïve presentaron menor supervivencia. En el modelo multivariante solo la obesidad presentó diferencias 2,34 (IC 95% = 1,15-4,78). La tasa de abandono fue 35,4%: el 30,3% debido a la ineficacia del fármaco y el 5,05% debido a eventos adversos.

**Conclusiones.** Las tasas de supervivencia global de secukinumab obtenidas están en la zona media-alta de los estudios publicados. Solo la obesidad se asocia con un 23,4% de riesgo de suspender el tratamiento.

## P26. "SCREENING PSORIASIS": PROYECTO DE ESTUDIO DE VALORACIÓN DE PSORIASIS CUTÁNEA, ARTICULAR Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON PSORIASIS EN LA POBLACIÓN GENERAL

D. Vega Díez, A. Rodríguez-Villa Lario, M. González Cañete, L.E. Pinto Pulido, A. B. Piteiro Bermejo, I. Polo Rodríguez y S. Medina

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

La psoriasis es una enfermedad sistémica cuyas manifestaciones cutáneas suelen ser las más precoces. Por ello si somos capaces de detectar la enfermedad de forma temprana podríamos conseguir un mejor control cutáneo y adelantar el posible diagnóstico de artropatía psoriásica (APs), mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes. Además, la valoración de los factores de riesgo cardiovascular (RCV), incluyendo la presencia de placa de ateroma a nivel carotídeo o femoral, nos permitiría establecer estrategias preventivas en pacientes en los que se detectase alto RCV.

**Objetivos.** 1. Determinar la proporción de pacientes con psoriasis susceptible de tratamiento sistémico que no están en seguimiento

en Dermatología, 2. determinar la proporción de pacientes con sospecha de APs y 3. determinar la proporción de pacientes con RCV alto.

**Metodología.** Estudio prospectivo, transversal y observacional en el que todos los pacientes valorados en consulta de Atención Primaria (tanto por psoriasis, como por otra patología pero con AP de psoriasis independientemente de su extensión o gravedad) serán remitidos a consulta "Screening de Psoriasis" donde se realizará: historia clínica, exploración con PGA, BSA, PASI, DLQI, PURE-4, SCORE y ECO femoral y carotídea (marcadores de ateromatosis subclínica) así como medición del peso, talla, diámetro abdominal, TA e IMC. Con los datos de afectación cutánea, posible afectación articular y datos de ateromatosis subclínica o alto RCV podemos diseñar la estrategia multidisciplinar más adecuada para cada paciente, diseñando, por ejemplo, un control más intensivo de los FRCV en aquellos pacientes con RCV elevado.

**Resultados.** Debido a la irrupción de la pandemia COVID-19 el estudio no llegó a completarse, encontrándose en proceso de aprobación por el CEIM de nuestro centro, esperando actualmente a la normalización de la actividad hospitalaria para implantar esta consulta "Screening Psoriasis" y llevar a cabo los objetivos descritos.

## P27. PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA PSORIASIS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

C. Galache<sup>a</sup>, A. Fernández Eyaralar<sup>b</sup>, A. Fernández Morán<sup>b</sup>, B. Gómez Vila<sup>a</sup>, B. Vázquez Losada<sup>a</sup>, J. Aubán Pariente<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>c,d</sup>, C. Navarro<sup>c</sup>, M.Á. González Gay<sup>d,e</sup> y J. Santos-Juanes<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>d</sup>Universidad de Cantabria. <sup>e</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de la psoriasis (Ps) del conducto auditivo externo (CAE) en pacientes que consultan por psoriasis y estudiar las características fenotípicas que presentan y su impacto en la calidad de vida.

**Material.** En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y en el Hospital Universitario Central de Asturias se recogen de forma consecutiva entre el 15 de junio de 2019 y 29 de noviembre de 2019 las características clínicas de 1000 pacientes que consultan por Ps (edad, sexo, edad de inicio, antecedentes familiares, obesidad IMC > 30, forma clínica de presentación de Ps, localizaciones específicas: cuero cabelludo, palmas y plantas, ungueal, genital, CAE) y severidad de la Ps. Se realizan estudios de regresión logística univariante y multivariante. Se mide la calidad de vida a través de la Escala DLQI y escala numérica del picor.

**Resultados.** Encontramos una prevalencia de haber padecido o padecer PsCAE del 18,8% de los pacientes con Ps. El paciente tipo presenta Ps de cuero cabelludo (OR = 2,76 95% IC 1,61-4,75), genital 3,63 (OR = 3,63 95% IC 1,07-2,31), ungueal (OR = 1,58 95% IC 1,07-2,31), padece un Ps de mayor gravedad (PASI > 10) (OR 1,72 95% IC 1,23-2,42) y se asocia a ausencia de afectación palmoplantar (OR = 0,41 95% IC 0,22-0,77). No encontramos relación con el resto de las variables estudiadas. Los pacientes con PsCAE presentan un DLQI de 4,8 y 5,6 de picor, los pacientes con Ps no CAE presentan un DLQI de 2,2 y 4,2 de picor.

**Conclusiones.** La PsCAE ha sido raramente estudiada, encontramos una prevalencia del 18,8% similar al estudio más reciente, pero menor a los dos únicos estudios que previamente lo han descrito. Se asocia a ps genital. El cuero cabelludo es la localización que más frecuentemente se asocia. No encontramos que la edad de inicio influya en su aparición como se ha señalado previamente. Los pacientes con PsCAE tienen peor calidad de vida y mayor puntuación en la escala de picor.

## P28. COVID-19 Y TERAPIAS SISTÉMICAS EN PSORIASIS; EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

J. Fulgencio-Barbarin, M. Puerta-Peña, D. Falkenhain-López, M. Penalba-Torres, H. Muñoz-González, C. García-Donoso y R. Rivera

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que, en casos moderados-severos, puede requerir el uso de tratamientos sistémicos inmunomoduladores o inmunosupresores para un correcto control. La actitud a tener en dichos pacientes respecto a la infección por COVID-19 está aún en debate por el posible incremento de la morbimortalidad dada la afectación inmunológica de estos pacientes.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes con psoriasis moderada-severa en tratamiento sistémico de nuestro hospital que fueron diagnosticados de COVID-19 entre marzo y octubre 2020. Los resultados fueron obtenidos mediante la información de la historia clínica o contacto telefónico.

**Resultados.** Del total de pacientes, fueron incluidos 29 con infección clínica o confirmación serológica para SARS-CoV-2. La edad media fue de 53 años siendo 15 mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión, obesidad y dislipemia. Fueron ingresados 15 pacientes (52%), con una estancia media de 9 días requiriendo atención en UCI 2 de ellos. Del total de la muestra se registraron dos éxitos. La presentación clínica más frecuente fue fiebre, tos y disnea, así como neumonía en 16 pacientes. Otras formas menos comunes fueron fiebre sin foco (N=6), anosmia y ageusia (N=5).

**Discusión.** Se han publicado múltiples artículos sobre la posible intervención de las terapias sistémicas en pacientes con psoriasis y COVID-19 sin haberse demostrado un empeoramiento de la morbimortalidad asociado. En nuestra serie no se observó mayor tasa de complicaciones respecto a la población general y ninguno presentó un rebrote tras la reintroducción del fármaco.

**Conclusión.** Presentamos una serie de 29 pacientes con psoriasis e infección por COVID-19 en tratamiento sistémico, con un comportamiento similar a la población normal. En la actualidad existen recomendaciones dispares, por lo que es recomendable individualizar el tratamiento en estos pacientes.

## P29. PUSTULOSIS PALMOPLANTAR PARADÓJICA COMO REACCIÓN PARADÓJICA A TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB. PRESENTACIÓN DE 2 NUEVOS CASOS

M. Penalba Torres, H. Muñoz González, C. García Donoso y R. Rivera Díaz

*Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Casos clínicos.** Dos mujeres de 37 y 54 años con hábito tabáquico activo, que presentaron una pustulosis palmoplantar (PPP) tras inicio de secukinumab por hidradenitis supurativa y espondiloartropatía en la semana 16 y en la semana 1, respectivamente. Ambas pacientes tenían antecedentes de psoriasis en placas sin episodios previos de PPP, que se encontraba inactiva en el momento de iniciar el tratamiento biológico. Una de las pacientes presentó buen control inicial de las lesiones con crema de propionato de clobetasol, por lo que fue posible mantener el secukinumab durante 9 meses, hasta que la magnitud de la afectación palmoplantar obligó a la retirada del biológico con posterior mejoría. La segunda de las pacientes precisó retirada del fármaco a las 5 semanas (5 dosis), tras lo cual presentó mejoría rápida de las lesiones palmoplantares.

**Discusión.** Las reacciones paradójicas pustulosas psoriasiformes bajo tratamiento con anti-IL17 se han descrito durante los 2 últimos años en la literatura. Se han publicado 4 casos de pustulosis generalizadas y 4 casos de PPP localizadas, similares a nuestras 2 pacientes. De manera análoga al resto de reacciones paradójicas, han presentado buen control tras suspensión del fármaco o cambio a otro biológico

con diferente mecanismo de acción. El fenómeno exacto de disregulación citoquímica que conduce a la aparición de estas lesiones, así como sus posibles factores de riesgo se desconocen en la actualidad.

**Conclusiones.** Presentamos 2 nuevos casos de PPP paradójica tras inicio de tratamiento biológico con secukinumab. Esta es una forma de reacción paradójica recientemente descrita en relación con anti-IL17 que hace recomendable la monitorización estrecha al inicio de estos tratamientos, si bien la evolución es favorable tras la suspensión o cambio de clase de fármaco.

## P30. RESULTADOS PERCIBIDOS POR EL PACIENTE EN UNA COHORTE ESPAÑOLA DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON SECUKINUMAB

P. Chicharro<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>c</sup>, D. Vidal<sup>d</sup>, E. Vilarrasa<sup>e</sup>, R. Rivera<sup>f</sup>, P. de la Cueva<sup>g</sup>, A. Martorell<sup>h</sup>, F. Balleca<sup>i</sup>, I. Belinchón<sup>j</sup>, G. Carretero<sup>k</sup>, L. Rodríguez<sup>l</sup>, A. Romero-Maté<sup>m</sup>, J. Pujol-Montcusí<sup>n</sup>, L. Salgado<sup>o</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>o</sup>, P. Coto-Segura<sup>p</sup>, O. Baniandrés<sup>q</sup>, R. Feltes<sup>r</sup>, M. Alsina<sup>s</sup> y E. Daudén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>d</sup>Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>h</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>i</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital General Universitario de Alicante - ISABIAL. Alicante. <sup>k</sup>Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>l</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>m</sup>Hospital de Fuenlabrada. Madrid. <sup>n</sup>Hospital Universitari "Joan XXIII". Tarragona. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario. Pontevedra. <sup>p</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. <sup>q</sup>Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. <sup>r</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>s</sup>Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>t</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

**Objetivo.** Estudiar el impacto sobre los resultados percibidos por el paciente (PROs, Patient Reported Outcomes) del tratamiento con secukinumab (SEK) en una cohorte española de pacientes con psoriasis moderada-grave.

**Material.** Estudio retrospectivo, multicéntrico, sobre una cohorte de pacientes españoles con psoriasis moderada-grave que inician tratamiento con SEK en un ámbito de práctica clínica diaria. Se recogen a nivel basal y en los meses 3, 6, 12, 18 y 24 de tratamiento los siguientes PROs: Dermatology Life Quality Index (DLQI), Patient Global Psoriasis Assessment (PGPA), Prurito-NRS (Numerical Rating Scale) y Termómetro EuroQol-5D (European Quality of life-5 Dimensions). Resultados. Se incluyeron 238 pacientes, siendo el 29,8% naïve para terapias biológicas y con un PASI basal medio de 14,8, un DLQI basal medio de 14,9, un PGPA basal medio de 6,95, un Prurito-NRS basal medio de 6,14 y un EuroQol-5D basal medio de 44,7. Se obtuvieron resultados del DLQI para 235, 171 y 53 pacientes en los meses 6, 12 y 24 respectivamente, alcanzando un DLQI 0/1 en el 78,3%, el 73,7% y el 71,7% de los pacientes en esos intervalos, siendo inferior el DLQI a largo plazo en los pacientes naïve. La correlación entre PASI y DLQI fue más estrecha conforme avanzó el tiempo de tratamiento, con coeficientes de correlación de Pearson de 0,68, 0,734 y 0,920 ( $p < 0,001$ ) a los 6, 12 y 24 meses. El PGPA medio fue de 1,11, 1,2 y 1,39 en los meses 6, 12 y 24, con 122, 103 y 18 pacientes respectivamente. El prurito-NRS fue de 0,92, 1,13 y 0,84 en los meses 6, 12 y 24, con 160, 136 y 43 pacientes respectivamente. Por último, el EuroQol-5D medio fue de 66,7, 64,5 y 52,5, con 137, 116 y 24 pacientes en los meses 6, 12 y 24 respectivamente. En ninguna de las escalas se apreciaron diferencias significativas entre los resultados "as observed" e ITT-LOCF.

**Conclusiones.** El tratamiento con SEK consigue una mejoría sostenida a largo plazo en los PROs de pacientes con psoriasis moderada-grave.

### P31. PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PACIENTE CON LINFOMA NO HODGKIN RECIENTE TRATADA SATISFACTORIAMENTE CON GUSELKUMAB

L. Quintana Castanedo, A. Mayor Iburguren, R. Feltes Ochoa, E. Tarín Vicent y P. Herranz Pinto

*Departamento de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Introducción.** El continuo desarrollo de los fármacos biológicos para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave hace permite obtener buenos resultados terapéuticos con buen perfil de seguridad. Sin embargo, en la práctica clínica nos enfrentamos con pacientes reales que pueden suponer un reto terapéutico debido a su historia personal.

**Caso clínico.** Mujer de 45 años con antecedente de linfoma no Hodgkin, en remisión completa desde 2016 y displipemia. Valorada en consultas de Dermatología por psoriasis moderada-grave, que dados sus antecedentes, tiene contraindicado el uso de tratamientos sistémicos clásicos (ciclosporina, metotrexato, acitretina). Se inicia tratamiento con apremilast con buena respuesta inicial pero se evidencia fracaso secundario a los 8 meses. En 2019 se inicia tratamiento con guselkumab con respuesta PASI90 a las 4 semanas. Después de 18 meses de tratamiento, la paciente continúa manteniendo la respuesta clínica, sin eventos adversos significativos. La neoplasia hematológica continúa en remisión completa.

**Discusión y conclusiones.** Los pacientes con antecedentes de neoplasia reciente continúan siendo un reto terapéutico en el manejo de la psoriasis grave. Los datos publicados de pacientes con antecedentes oncológicos en tratamiento con fármacos biológicos son escasos. Sin embargo, los trabajos publicados defienden que la incidencia de neoplasias en pacientes con tratamiento con fármacos dirigidos frente a la vía IL12/23 es similar a la esperable en la población general. A pesar de que la mayoría de los trabajos publicados consideran necesario esperar 5 años desde el antecedente oncológico, la seguridad observada en este tipo de tratamientos plantea la posibilidad de que períodos de tiempo inferiores podrían ser igualmente seguros. Se precisan más estudios para poder obtener conclusiones y que permitan realizar recomendaciones con seguridad en este perfil de pacientes.

### P32. SI CAES POR UN BARRANCO... ¿TE RESBALAS, TE EMPUJAN O SALTAS? APREMILAST

S. Armesto<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, C. Naharro<sup>a</sup>, J. Gudín<sup>c</sup>, M.T. Arias Loste<sup>d</sup>, A. Illaro<sup>c</sup>, J. Mayorga<sup>c</sup>, M. Drake<sup>a</sup>, M. Marcellan<sup>a</sup>, B. Castro<sup>a</sup>, P. Munguía<sup>a</sup>, C. Durán<sup>a</sup>, C. Gómez<sup>a</sup>, M.A. González<sup>a</sup> y M.Á.G. Gay<sup>e</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Patología, <sup>c</sup>Farmacia, <sup>d</sup>Digestivo y <sup>e</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

Valoramos 200 pacientes que por diferentes motivos abandonaron el tratamiento con apremilast. Las causas más frecuentes fueron la intolerancia y la ineficacia. Sin embargo descubrimos otros múltiples motivos: retirada de la medicación por profesionales sin conocimiento del fármaco ante cualquier complicación médica sin relación, sustitución por reumatología con o sin consenso, abandono por parte del paciente que consideraba controlada su psoriasis, fallecimientos... Ante estos hechos y evitando lógicamente la ineficacia, estudiamos cuántos de estos pacientes estaban controlados después de abandonar apremilast y por cuánto tiempo ya que curiosamente y mayoritariamente las mujeres que abandonaron, no ne-

cesitaron ningún tratamiento que no fuera un tóxico de forma ocasional. ¿Por qué con apremilast los pacientes se consideran curados y dejan la medicación sin consultar? ¿Controlamos la inflamación de inicio y no llega a desarrollar una tormenta de citoquinas con mayores necesidades farmacológicas? ¿Por qué si un paciente tiene una situación médica determinada no nos relacionamos los profesionales y preferimos retirar lo que desconocemos? Nada es más peligroso que una idea cuando no se tiene más que una.

### P33. PSORIASIS GENITAL, SOLO CUANDO LA MENTE Y EL ALMA HACEN EL AMOR

S. Armesto<sup>a</sup>, L. Berrio<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>c</sup>, C. Naharro<sup>a</sup>, A. López Sundt<sup>a</sup>, L. Reguero<sup>a</sup>, J. Gudín<sup>c</sup>, M.T. Arias Loste<sup>d</sup>, A. Illaro<sup>c</sup>, J. Mayorga<sup>c</sup>, M. Drake<sup>a</sup>, M. Marcellan<sup>a</sup>, B. Castro<sup>a</sup>, C. López Obregón<sup>a</sup>, P. Munguía<sup>a</sup>, C. Durán<sup>a</sup>, C. Galache<sup>e</sup>, C. Gómez<sup>a</sup>, M.A. González<sup>a</sup> y M.Á.G. Gay<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Reumatología, <sup>c</sup>Patología, <sup>d</sup>Farmacia y <sup>e</sup>Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. HUCA. España.*

**Introducción.** La psoriasis genital (PG) es una entidad dermatológica infradiagnosticada. Esto es debido, principalmente, al pudor que siente el paciente a autorreportarlo en la consulta y a la omisión del médico de cuestionar sobre ello. Por otro lado, no existen actualmente criterios diagnósticos objetivos, ni las escalas de evaluación específica están integradas en el día a día de la consulta de dermatología.

**Metodología.** Estudio retrospectivo de abril del 2019 hasta abril del 2020 en el que se valoran pacientes con psoriasis genital. Se compara la prevalencia de la misma entre los 6 primeros meses en los que el paciente refiere esa afectación y los 6 últimos, en los que el médico cuestiona específicamente esta localización.

**Conclusiones.** 1. Es necesario cuestionar sobre la PG a los pacientes en la consulta porque es una localización proclive a ocultar. Incluso si la psoriasis es moderada grave, dándose unas condiciones adecuadas de confianza, deberíamos desnudar al paciente por completo y obtener una información objetiva. 2. La afectación es mayor en las mujeres según the Genital Psoriasis Sexual Frequency Questionnaire (GEN-SFQ II) y, de hecho, tienen menos relaciones, según GEN-SFQ. 3. El prurito es el síntoma clave en las mujeres y la quemazón/escozor en los varones (Genital Psoriasis Symptoms Scale). 4. Deberían tratarse como primer escalón, al menos conceptual, con MB/apremilast. 5. Sería necesario aplicar las escalas convenientes para conocer la situación real y si es necesaria una actitud multidisciplinar junto a Psiquiatría/Psicología y Urología/Ginecología. 6. La psoriasis genital afecta la esfera sexual con su connotación psicológica y la sexual ha demostrado relacionarse con salud. En nuestras manos está actuar de forma multidisciplinar, tratando la piel: nuestro objetivo, pero también las enormes repercusiones que puede conllevar una PG.

### P34. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE IXEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS EN PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

B. Vázquez Losada<sup>a</sup>, J. Aubán Pariente<sup>a</sup>, B. Gómez Vila<sup>a</sup>, I. Maray Mateos<sup>b</sup>, Á. Pieras López<sup>b</sup>, C. Álvarez Asteiza<sup>b</sup>, Á. de Dios Velázquez<sup>a</sup>, C. Gómez de Castro<sup>a</sup>, C. Galache Osuna<sup>a</sup> y J. Santos-Juanes<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología <sup>b</sup>Unidad de Gestión de Farmacia. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>c</sup>Área de Dermatología. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.*

**Objetivo.** Conocer la supervivencia de ixekizumab en pacientes diagnosticados de psoriasis (Ps) moderada-grave en el Hospital Universitario Central de Asturias.



**Material.** Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional entre junio de 2017 y noviembre de 2020. Se han recogido los datos correspondientes a 30 pacientes: sexo, edad, edad de inicio de Ps, antecedentes familiares, presencia de comorbilidades (artritis psoriásica, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, obesidad). Se recogen además la fecha de inicio de la terapia con ixekizumab, la fecha de finalización, el número de biológicos previos, si continúan en tratamiento y si no continúan el motivo de su suspensión. Se realiza estudio descriptivo y de supervivencia con test de Kaplan-Meier.

**Resultados.** La supervivencia media es de 35,54 meses (IC95% = 28,60-42,48): el primer año es 100%, el segundo y tercer año del 83%. Veintinueve de los pacientes son no naïve (3 pacientes habían recibido un tratamiento biológico previo, 13 pacientes habían recibido 2 tratamientos biológicos previos, 8 pacientes habían recibido 3 tratamientos biológicos previos, 4 pacientes habían recibido 4 tratamientos biológicos previos y 1 paciente había recibido 5 tratamientos biológicos previos). La media de fármacos biológicos previos es de 2,47. Seis de los pacientes han precisado metotrexato concomitante. Se producen 2 casos de fracaso secundario; y una suspensión por efectos secundarios (infecciones respiratorias de repetición). Al final del seguimiento 27 pacientes continúan con tratamiento. Se detecta como rasgos comunes a los pacientes que han fracasado: varones, inicio de psoriasis antes de los 40 años, artritis psoriásica, uso concomitante de metotrexato y obesidad.

**Conclusiones.** En pacientes con múltiples líneas de tratamientos previos encontramos una supervivencia de ixekizumab entre las más altas de las referenciadas en los estudios previos.

### P35. ADHERENCIA A SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE, HASTA 24 MESES, EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

L. Martos-Cabrera<sup>a</sup>, R. Sampedro<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>c</sup>, D. Vidal<sup>d</sup>, E. Vilarrasa<sup>e</sup>, R. Rivera<sup>f</sup>, P. de la Cueva<sup>g</sup>, A. Martorell<sup>h</sup>, F. Balleca<sup>i</sup>, I. Belinchón<sup>j</sup>, G. Carretero<sup>k</sup>, L. Rodríguez<sup>l</sup>, A. Romero-Maté<sup>m</sup>, J. Pujol-Montcusí<sup>n</sup>, L. Salgado<sup>o</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>p</sup>, P. Coto-Segura<sup>p</sup>, O. Baniandrés<sup>q</sup>, R. Feltes<sup>r</sup>, M. Alsina<sup>s</sup> y E. Daudén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>d</sup>Hospital de Sant Joan Despi Moisés Broggi. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>h</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>i</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital General Universitario de Alicante - ISABIAL. Alicante. <sup>k</sup>Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>l</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>m</sup>Hospital de Fuenlabrada. Madrid. <sup>n</sup>Hospital Universitari "Joan XXIII". Tarragona. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario. Pontevedra. <sup>p</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. <sup>q</sup>Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres. Asturias. <sup>r</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>s</sup>Hospital Universitario la Paz. Madrid. <sup>t</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

**Objetivo.** Estudiar la adherencia terapéutica a secukinumab (SEK) a largo plazo en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave en centros españoles en condiciones de práctica clínica habitual.

**Método.** Estudio multicéntrico nacional, retrospectivo, observacional, de cohortes, longitudinal, en pacientes con psoriasis en placas tratados con SEK durante al menos 3 meses (n = 376), con un período

de seguimiento máximo de hasta 2 años, en condiciones de práctica clínica habitual. La adherencia se determinó mediante la tasa de adherencia (TA) (número de inyecciones administradas/número de inyecciones prescritas).

**Resultados.** Se incluyeron 376 pacientes en el estudio. A lo largo del seguimiento, 61 (16,2%) abandonaron el tratamiento por ineficacia del fármaco (50), eventos adversos (7) o decisión propia (4). El 70,2% (70,2%), 77,8% (76,9%), 74,7% (74,7%), 78,3% (78,2%) y 72,4% (74,3%) de los pacientes alcanzaron un PASI absoluto  $\leq 3$  a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses de seguimiento respectivamente (datos observados, entre paréntesis resultados analizados mediante el sistema Last Observation Carried Forward, LOCF). Las TA a SEK observadas a los 6, 12, 18 y 24 meses fueron del 96,9%, 93,8%, 97,8% y 87,8% respectivamente, con una TA global del 99%. Entre el total de 66 dosis omitidas, 61 ocurrieron en diferentes pacientes. Analizando los motivos, el 78% de las omisiones fueron voluntarias (efectos secundarios, no percepción de mejoría o estimar no necesitar otra dosis, entre otros).

**Conclusiones.** En base a nuestra experiencia, SEK muestra una elevada tasa de adherencia al tratamiento a largo plazo, sostenida en el tiempo, en pacientes con psoriasis en placas, en condiciones de práctica clínica habitual.

### P36. IMPACTO DE LA ALERTA SANITARIA POR COVID-19 EN LA ADHERENCIA A NIVEL HOSPITALARIO A LA TERAPIA BIOLÓGICA EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

L. Martos-Cabrera<sup>a</sup>, A. Calvo-García<sup>b</sup>, R. Sampedro<sup>a</sup>, B. Butrón-Bris<sup>a</sup>, A. Reymundo<sup>a</sup>, C. Santamaría<sup>a</sup>, E. Daudén<sup>a</sup>, E. Ramírez-Herrera<sup>b</sup> y M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Servicio de Farmacología. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa. Madrid. España.

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel donde la adherencia terapéutica juega un papel fundamental en su control. Recientemente, nos hemos enfrentado a la pandemia de la COVID-19 que ha podido modificar dicha adherencia.

**Objetivo.** Determinar la influencia de la pandemia COVID-19 en la adherencia a la terapia biológica de pacientes con psoriasis.

**Método.** Estudio observacional retrospectivo empleando la base de datos del Servicio de Dermatología y Farmacia del Hospital Universitario de La Princesa que incluyó a todos los pacientes con psoriasis en tratamiento con terapia biológica entre el 13 de marzo y el 31 de mayo de 2020, y como control pareado, el mismo periodo de tiempo del año anterior. La adherencia se determinó calculando la tasa de posesión de medicación (MPR, número de días de suministro del fármaco/período de seguimiento). Los pacientes se consideraron adherentes si tenían una MPR de 0,8 o superior).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 244 pacientes en la cohorte y 228 en el grupo control. Observamos una disminución en el porcentaje de pacientes adherentes del 40% en el periodo de 2020 con respecto a 2019. La MPR general fue más baja en el periodo 2020. En todos los tratamientos, a excepción de etanercept, certolizumab pegol y guselkumab, las diferencias fueron estadísticamente significativas entre la MPR en los periodos 2019 y 2020. Comparando la MPR en fármacos de la familia anti-TNF- $\alpha$ , anti-IL7 y anti-IL23, las diferencias tampoco fueron significativas. La disminución media en el porcentaje de jeringas usadas fue del 25,3%, aunque el rango fue amplio, del 11,2% para secukinumab al 43,0% para adalimumab.

**Conclusiones.** La pandemia COVID-19 se ha asociado a una menor tasa de adherencia a la terapia biológica en pacientes con psoriasis moderada-grave. La disminución de la adherencia afecta a la mayoría de los diferentes fármacos y familias de fármacos biológicos.

### P37. BUENA RESPUESTA A CERTOLIZUMAB EN PACIENTE EMBARAZADA CON PSORIASIS MODERADA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Almenara Blasco, A. Navarro Bielsa, P.A. Cerro Muñoz, A.M. Palma Ruiz, A.M. Morales Callaghan, E. Simal Gil y Y. Gilaberte Calzada

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. IIS Aragón. Zaragoza. España.*

**Introducción.** El tratamiento de la psoriasis moderada-grave durante el embarazo supone un reto terapéutico. Hasta la aprobación en ficha técnica de certolizumab pegol no había ningún tratamiento biológico autorizado. La planificación del embarazo es fundamental en la paciente con psoriasis y se debe hacer constar a la paciente en edad fértil desde la primera consulta en la unidad de Dermatología, con la finalidad de evitar los posibles efectos teratogénos sobre el feto.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 33 años en seguimiento desde 2015 en Dermatología por psoriasis ostraceo en brazos, cuero cabelludo e invertido en zona interglútea. Durante el seguimiento la paciente realizó tratamiento con metotrexato (2015-2016), ciclosporina (2016-2018) y apremilast (2018-2020) siendo el menor PASI alcanzado 7,5. En 2020 la paciente manifiesta deseos genésicos por lo que se propone inicio de certolizumab pegol según protocolo (400 mg subcutáneo seman 0-2-4 y posteriormente 200 mg subcutáneo cada 2 semanas) previo a embarazo. Tras 12 semanas de tratamiento la paciente alcanza PASI 0 el cual mantiene hasta la actualidad. La paciente logra la gestación en la semana 19 de tratamiento con certolizumab pegol, encontrándose actualmente en la semana 21 de embarazo sin reacciones adversas por el tratamiento.

**Discusión y conclusiones.** Certolizumab pegol es un fragmento de Fab' pegilado de un anticuerpo murino humanizado recombinante contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF $\alpha$ ). Su mecanismo de acción difiere del resto de anti-TNF $\alpha$ ; certolizumab carece de la región Fc de manera que no se une al receptor placentario FcRn limitando su paso al feto. Los niveles de certolizumab hallados en los fetos de madres tratadas durante la gestación son mínimos en comparación con el resto de anti-TNF $\alpha$ , es por este motivo la opción de tratamiento biológico más segura durante la planificación y gestación en mujeres con psoriasis moderada-grave.

### P38. PSORIASIS INDUCIDA POR PEMBROLIZUMAB EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA AVANZADO DE PULMÓN

I. Castaño Uhagón, J.A. Suárez Pérez, E. Herrera Acosta, E. Martínez García, Á. Barranquero Fernández y E. Herrera Ceballos

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Introducción.** Los anticuerpos contra PD-1 como pembrolizumab pertenecen al grupo de inmunoterapia que es utilizado cada vez más frecuentemente para el tratamiento de diversas patologías oncológicas. Por su mecanismo de acción, estos inhibidores de señales reguladoras del sistema inmune tienen múltiples efectos adversos del tipo inflamatorio, denominados efectos adversos inmunomediados. Dentro de estos, los cutáneos son los más frecuentemente observados y en concreto la psoriasis es una condición que se ve cada vez más en relación con este uso.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un hombre de 60 años sin antecedentes previos de enfermedad cutánea en seguimiento por oncología por adenocarcinoma de pulmón con invasión de la pared costal con EGFR no mutado, ALK negativo, PDL-1 5%. En el momento de la consulta a dermatología había sido tratado con 3 ciclos de carboplatino + perimetrexed + pembrolizumab. Comenzó con la erupción cutánea a partir de la segunda dosis del ciclo. En la exploración cutánea se apreciaba erupción en el 20% de la superficie

cutánea a modo de placas eritematodescamativas en tronco, y con gran acusación en dorso de las manos y cuero cabelludo. Se realizó biopsia cutánea con los hallazgos patológicos típicos de psoriasis. Ante este diagnóstico se decidió suspensión de dosis de inmunoterapia y tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia. Con gran mejoría del cuadro. Valorando la reintroducción del tratamiento.

**Discusión.** El tratamiento de este tipo de psoriasis es desafiante, ya que es difícil encontrar el equilibrio entre la suspensión del tratamiento contra el cáncer y el tratamiento inmunosupresor. Por tanto deben ser valorados en consenso. Por otra parte, este tipo de efectos adversos es poco predecible. Tanto en tiempo, como en gravedad. Por ello es fundamental un estrecho seguimiento en conjunto entre oncólogos y dermatólogos para el abordaje de este tipo de patología.

### P39. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL A 52 SEMANAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DE 87 PACIENTES

L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>a</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>b</sup>, J.C. Armario Hita<sup>c</sup>, M. Galán Gutiérrez<sup>d</sup>, A. Pérez Gil<sup>e</sup> y L. Martínez Pilar<sup>f</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>b</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. <sup>d</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>e</sup>Hospital Universitario Valme. Sevilla. <sup>f</sup>Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Introducción.** Guselkumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano dirigido a la inhibición de la interleuquina (IL)-23, que se une selectivamente a la subunidad p19 de la IL-23 con gran especificidad y afinidad, aprobado para el tratamiento de la psoriasis de moderada a grave.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad de guselkumab en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, tanto a corto plazo (12 semanas) como a largo plazo (52 semanas).

**Materiales y métodos.** Estudio multicéntrico observacional que analiza la evolución de 87 pacientes tratados con guselkumab, en las Unidades de Dermatología de 6 hospitales universitarios andaluces. Los pacientes se evaluaron en las semanas 0,4, 12, 24,36 y 52. La afectación y severidad de la psoriasis, se midió utilizando el índice PASI (Psoriasis Area Severity Index) y el índice BSA (Body Surface Area). También se analizaron el EVA prurito y el DLQI (Dermatology Life Quality Index). Se recogieron datos como presencia/ausencia de comorbilidades, sexo, edad, IMC e historia de tratamiento previo con biológicos. La eficacia, se evaluó en términos de PASI absoluto (PASI  $\leq 1$   $\leq 3$  y  $\leq 5$ ) y PASI relativo (PASI 75, 90 y 100). En cuanto a seguridad, se recogieron la frecuencia de eventos adversos durante el seguimiento y el número de pacientes que interrumpieron el tratamiento, así como su motivo por hacerlo.

**Resultados.** Se incluyeron 87 pacientes con psoriasis en placas. Al inicio del tratamiento los valores medios de PASI y BSA fueron 14,6 y 22,3 respectivamente. Cuarenta y dos pacientes habían recibido 3 o más tratamientos biológicos previos, y solo 8 recibieron guselkumab como primera línea de tratamiento. Tras 12 semanas de tratamiento con guselkumab, el 56,3% de los pacientes alcanzaron respuestas de PASI 90, y el 38% PASI 100. Aumentando la eficacia en la semana 52, donde el 71% de los pacientes alcanzan el PASI 90 y el 51,6% el PASI 100. El 96,9% de los pacientes presentaban un PASI  $\leq 3$  y el 65,6% un PASI  $\leq 1$  en la semana 52. El porcentaje de supervivencia fue del 94%: un paciente discontinuó por fallo primario, 2 pacientes por fallo secundario y un paciente discontinuó por EA (cefalea).

**Conclusiones.** El tratamiento con guselkumab demostró ser eficaz a corto plazo (12 semana), alcanzando mejoría de la eficacia a lar-

go plazo (52 semanas) para el tratamiento de la psoriasis tanto en pacientes naïve como en pacientes previamente tratados con otros biológicos. Guselkumab fue bien tolerado y demostró un buen perfil de seguridad.

#### P40. SARCOIDOSIS Y PSORIASIS ¿FAMILIA O ALLEGADOS?

S. Armesto Alonso<sup>a</sup>, C. Naharro Fernández<sup>a</sup>, N. Palmou Fontana<sup>b</sup>, J. Sánchez Gudín<sup>c</sup>, C. Gómez Fernández<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>d</sup> y M.Á. González-Gay Mantecón<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Reumatología, <sup>c</sup>Farmacia y <sup>d</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

**Introducción.** La sarcoidosis puede asociarse con otras enfermedades autoinmunes. Sin embargo, la asociación con psoriasis es poco habitual. Presentamos cuatro pacientes que asocian ambas entidades.

**Material.** Caso 1: mujer de 37 años con eritema nodoso, astenia, fiebre, disnea, artritis y uveítis, diagnosticada de sarcoidosis. En su evolución presentó lesiones psoriasiformes y dactilitis. Mejoría tras tratamiento con leflunomida, prednisona y TNF inhibidor. Caso 2: mujer de 45 años con sarcoidosis pulmonar y artritis psoriásica. Mejoría clínica tras tratamiento con prednisona y azatioprina. Posteriormente desarrolló lesiones de psoriasis confirmadas histológicamente. Caso 3: hombre de 58 años con sarcoidosis y vasculitis secundaria en forma de aortitis. En su evolución desarrolló psoriasis y artritis psoriásica. Actualmente buena respuesta a secukinumab. Caso 4: hombre de 60 años con sarcoidosis diseminada, mínima afectación cutánea y psoriasis en tratamiento tópico. Falleció a causa de la afectación renal.

**Resultados.** La sarcoidosis puede presentar manifestaciones cutáneas hasta en un tercio de los casos. De forma infrecuente, en un mismo paciente, psoriasis y sarcoidosis pueden coexistir. Esta relación podría deberse a aspectos compartidos en la inmunopatogenia por las dos. En ambas existe un desbalance inmunológico predominando la respuesta Th1. Por otro lado, una mayor expresión de IL 17, promueve una respuesta inflamatoria. Además el gen del receptor de IL 23 se ha propuesto como importante gen implicado en el desarrollo de sarcoidosis y de psoriasis. Por tanto, ambas comparan vías inmunopatogénicas que permitirían su asociación. Esta situación es infrecuente según las series revisadas y podría estar condicionada por aspectos genéticos de los propios individuos.

**Conclusiones.** Sarcoidosis y psoriasis pueden coexistir porque comparten mecanismos inmunopatogénicos, cuyo conocimiento es fundamental para plantear el mejor tratamiento en estos pacientes.

#### P41. EFECTIVIDAD DE RISANKIZUMAB TRAS FALLO A ANTI-IL17: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

F. Toledo Alberola<sup>a</sup>, A. Jaén Larriou<sup>a</sup>, J.M. Ortiz Salvador<sup>b</sup>, S. Santos Alarcón<sup>c</sup>, M.Á. Navarro Mira<sup>d</sup>, L. Mahiques Santos<sup>e</sup>, V.A. González Delgado<sup>f</sup>, J.I. Mari Ruiz<sup>g</sup>, A. Calle Andriño<sup>h</sup> y M. P. Gil Mateo<sup>i</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>c</sup>Hospital Virgen de los Lirios Alcoy. <sup>d</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>e</sup>Hospital General de Castellón. <sup>f</sup>Hospital de Sagunto. Sagunto. <sup>g</sup>Hospital Universitario La Ribera. Alciria. Valencia. <sup>h</sup>Hospital Comarcal de Vinaròs. Castellón. <sup>i</sup>Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. España.

**Antecedentes.** Los datos en práctica clínica real sobre la eficacia de las anti-IL23 en pacientes con psoriasis que han fracasado a otras

terapias biológicas son escasos. Risankizumab es un anticuerpo anti-IL23, administrado cada 12 semanas, tras inducción a 0 y 4 semanas, y es el último anti-IL-23 aprobado en España. Los ensayos clínicos pivotales de risankizumab incluyeron pacientes que habían recibido tratamiento previo con anti-IL17, demostrando en análisis *post hoc* que este no compromete la eficacia de risankizumab.

**Objetivo.** Evaluar la efectividad de risankizumab en pacientes previamente tratados con un anti-IL17 en un entorno de práctica clínica real.

**Material.** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal multicéntrico en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave tratados con risankizumab tras fallo a anti-IL17 en 9 hospitales de España.

**Resultados.** Se incluyó en este análisis un total de 16 pacientes, 5 mujeres y 11 hombres, con una media de edad de 54 años, que habían fracasado a tratamiento previo con anti-IL17. Doce de ellos habían recibido previamente secukinumab y 4 ixekizumab. Además, un 68,7% de los pacientes habían pasado por otra terapia biológica, como anti-TNF $\alpha$  (n=8) o ustekinumab (n=6). La media de PASI y BSA basal fue de 13,1 y 15,4. En la semana 4 (después de solo una dosis de tratamiento) los pacientes presentaron un PASI y BSA medios de 3,08 y 2,7. Solo 4 pacientes presentan seguimiento a las 16 semanas con una media de PASI de 0,5 (3 con respuesta PASI 100 y uno PASI 90) y BSA de 0,25. No se han observado efectos adversos.

**Conclusiones.** Estos datos preliminares de práctica clínica real a corto plazo muestran que risankizumab es una opción terapéutica prometedora en pacientes que no han respondido o han perdido respuesta a secukinumab e ixekizumab, demostrando una rápida velocidad de acción y altas tasas de eficacia independientemente de haber recibido tratamiento anti-IL17 previo.

#### P42. COMPARATIVA DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS

B. Gómez Vila<sup>a</sup>, N.R. Bandera González<sup>b</sup>, M. Alonso Fuego<sup>b</sup>, B. Vázquez Losada<sup>a</sup>, J. Aubán Pariente<sup>a</sup>, B. Zárata Tamames<sup>c</sup>, C. Galache Osuna<sup>a</sup>, F. Vázquez López<sup>a,b</sup> y J. Santos-Juanes<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>b</sup>Área de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. <sup>c</sup>Unidad de Gestión de Farmacia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

**Objetivos.** Determinar si existe alguna diferencia en el uso de tratamientos biológicos para psoriasis en pacientes mayores de 65 años respecto al resto de pacientes.

**Material.** Se recogen los pacientes que se encuentran a fecha 30 de noviembre en tratamiento biológico con adalimumab, ustekinumab, secukinumab e ixekizumab en el Hospital Universitario Central de Asturias. Se recogen además edad, edad de inicio de tratamiento, sexo, inicio precoz o tardío, antecedentes familiares, hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DL), diabetes (DM), IMC, fecha de inicio de tratamiento, fecha final, si continua o no, biológicos previos o no y número de estos. Los pacientes se dividen en dos grupos, mayores y menores de 65 años; se realizan test t de Student y test de chi cuadrado según las variables estudiadas. Se realiza un estudio de supervivencia utilizando el test de Kaplan-Meier.

**Resultados.** De los 300 pacientes 60 tienen más de 65 años. No se encuentran diferencia en el uso de ninguno de los fármacos entre ambos grupos. En el grupo menores de 65 años vs. mayores de 65 se distribuyen: adalimumab 36,7% vs. 38,3%, ustekinumab 32,1% vs. 35%, secukinumab 22,5% vs. 16,7%, ixekizumab 8,8% vs. 10%. En el grupo de menores de 65 años son más frecuentes los antecedentes familiares y la edad de inicio precoz (67,1% vs. 40% p<0,001; 87,9% vs. 41,7% p<0,001). En el grupo mayor de 65 años se encuentran mayor número de comorbilidades HTA, DL, y DM (53,3% vs. 25% p<0,001; 63,3% vs. 41,7% p = 0,003, y 35% vs. 11,3% p < 0,001). En



el resto de las variables no se encuentran diferencias. La curva de supervivencia para el conjunto de los biológicos es similar en ambos grupos.

**Conclusiones.** No hemos encontrado diferencias entre los fármacos biológicos utilizados en menores y mayores de 65 años.

#### **P43. EFICACIA DE RISANKIZUMAB (RZB) FRENTE A SECUKINUMAB (SEC) EN PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS DE UN ESTUDIO FASE 3**

K. Gordon<sup>a</sup>, T. Wu<sup>b</sup>, M. Longcore<sup>b</sup> y J. Crowley<sup>c</sup>,

<sup>a</sup>Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI. <sup>b</sup>AbbVie Inc., North Chicago, IL. <sup>c</sup>Bakersfield Dermatology, Bakersfield, CA. EE. UU.

**Objetivo.** Determinar la eficacia de RZB frente a SEC, en subgrupos de pacientes con psoriasis en placas mod-grave.

**Materiales y métodos.** Se utilizaron datos de un estudio de fase 3, multicéntrico, aleatorizado, con comparador activo, abierto y con evaluador de eficacia ciego de RZB y SEC durante 52 sem.

**Resultados.** Las características basales demográficas y de la enfermedad fueron similares entre los brazos de tratamiento de RZB (n=164) y SEC (n=163). La respuesta a RZB en la sem. 52 se mantuvo constante entre los subgrupos y fue numéricamente más alta que la de SEC. Una proporción similar de pacientes alcanzaron PASI 90 con RZB según la edad (< 40 años, 42/50 [84%]; ≥ 40 años, 100/114 [88%]). Por el contrario, se observaron tasas reducidas de PASI 90 en pacientes con SEC de ≥ 40 años (< 40 años, 39/60 [65%]; ≥ 40 años, 54/103 [52%]). Se observaron respuestas similares de PASI 90 a RZB en los pacientes según el IMC basal (<25 kg/m<sup>2</sup>, 32/36 [89%]; ≥ 25 a < 30 kg/m<sup>2</sup>, 44/52 [85%]; ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>, 66/76 [87%]). Los pacientes con IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> respondieron menos favorablemente a SEC que los de IMC más bajo (< 25 kg/m<sup>2</sup>, 24/37 [65%]; ≥ 25 a < 30 kg/m<sup>2</sup>, 30/47 [64%]; ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>, 39/79 [49%]). Las respuestas a RZB fueron similares según el sexo (mujeres, 46/52 [88%]; hombres, 96/112 [86%]), mientras que las mujeres tuvieron una respuesta menos favorable a SEC que los hombres (29/62 [47%] vs. 64/101 [63%], respectivamente). Los pacientes con mayor actividad basal (sPGA 4 o > mediana del PASI basal) respondieron ligeramente mejor a RZB y a SEC que aquellos con menor actividad (sPGA 3 o ≤ mediana de PASI); las respuestas fueron consistentemente más altas para RZB que para SEC. La eficacia de RZB en todos los subgrupos fue similar a la observada en la población total de pacientes.

**Conclusión.** La respuesta a RZB fue consistente en todos subgrupos iniciales, con respuestas PASI 90 numéricamente más altas que con SEC, incluso en los subgrupos que experimentaron una eficacia reducida con SEC.

#### **P44. MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA CLÍNICA EN RISANKIZUMAB (RZB) FRENTE A SECUKINUMAB (SEC) PARA LA PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS DEL ENSAYO IMMERGE DE FASE 3**

C. Leonardi<sup>a</sup>, Z. Xue<sup>b</sup>, H. Photowala<sup>b</sup> y R.G. Langley<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Central Dermatology, Richmond Heights, Missouri. <sup>b</sup>AbbVie Inc, North Chicago, IL. EE. UU. <sup>c</sup>Department of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canadá.

**Objetivo.** Evaluar, de entre los pacientes que alcanzaron las respuestas clínicas en sem 16, la proporción de aquellos que las mantuvieron en la sem 52.

**Materiales y métodos.** Se utilizaron datos de un estudio de fase 3, multicéntrico, aleatorizado, con comparador activo, abierto y

con evaluador de eficacia ciego de RZB y SEC durante 52 sem. Se realizó un análisis de subgrupos para determinar el mantenimiento de PASI 90, PASI 100 y sPGA 0/1 en pacientes (respondedores) que alcanzaron las respuestas en la sem 16 y mantuvieron el mismo nivel de respuesta en la sem 52. Los datos ausentes se imputaron como no respondedores. **Resultados.** En este análisis se incluyeron un total de 164 pacientes tratados con RZB y 163 tratados con SEC. En la semana 16, la proporción de respondedores PASI 90 con RZB (74%) fue no inferior a SEC (66%). La proporción de respondedores PASI 90 tratados con RZB fue superior a aquellos tratados con SEC en la semana 52 (87% vs. 57%; P < 0,001). De los pacientes que alcanzaron PASI 90, PASI 100 y sPGA 0/1 en la semana 16, una mayor proporción de pacientes tratados con RZB frente a pacientes tratados con SEC mantuvo la respuesta clínica en la semana 52 (91% frente a 81%, 82% frente a 68%, 89% frente a 75%, respectivamente).

**Conclusiones.** El tratamiento con RZB se asoció con un mantenimiento superior de la respuesta clínica a las 52 semanas en comparación con SEC a través de múltiples niveles de evaluación de respuesta medidos en pacientes con psoriasis de moderada a grave. Más pacientes tratados con RZB mantuvieron la respuesta clínica (PASI 90, PASI 100 y sPGA 0/1) a semana 52 que los tratados con SEC.

#### **P45. EFICACIA DE RISANKIZUMAB (RZB) FRENTE A SECUKINUMAB (SEC) PARA LA PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS SEGÚN TRATAMIENTO PREVIO DE UN ESTUDIO FASE 3**

A. Pinter<sup>a</sup>, T. Zhan<sup>b</sup>, S. Rubant<sup>b</sup> y J. Sobell<sup>c</sup>

<sup>a</sup>University Hospital Frankfurt, Frankfurt am Main, Alemania, <sup>b</sup>AbbVie Inc, North Chicago, IL. <sup>c</sup>Department of Dermatology, Tufts University School of Medicine, Boston, MA. EE. UU.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia de RZB frente a SEC según el historial de tratamiento previo para la psoriasis.

**Materiales y métodos.** Se utilizaron datos de un estudio de fase 3, multicéntrico, aleatorizado, con comparador activo, abierto y con evaluador de eficacia ciego de RZB y SEC durante 52 sem.

**Resultados.** Las puntuaciones de PASI medias (DE) basales para RZB (n=164) y SEC (n=163) fueron similares siendo 19,8 (6,3) y 20,1 (8,1), respectivamente. El uso de terapia biológica previa (TBP) al inicio del estudio también fue similar entre los grupos (38% RZB vs. 36% SEC). La no inferioridad de RZB frente a SEC en PASI 90 en la sem 16, se demostró con una diferencia positiva a favor de RZB con su límite inferior de intervalo de confianza (8,2%, [2,2%, 18,6%]) mayor que el margen de no inferioridad predefinido del -12%. En la sem 52, la proporción de PASI 90 con RZB (87%) fue superior a SEC (57%) (P<0,001). Los pacientes que recibieron cualquier TBP (n=120), en la sem 52, más pacientes tratados con RZB lograron PASI 90 vs. los tratados con SEC (53/62 [86%] vs. 29/58 [50%], respectivamente). Los pacientes tratados con RZB tuvieron tasas de PASI 90 similares independientemente de la TBP (53/62 [86%] de aquellos con TBP vs. 89/102 [87%] aquellos sin). Menos pacientes con SEC lograron PASI 90 con TBP frente a aquellos sin (29/58 [50%] vs. 64/105 [61%], respectivamente). Una mayor proporción de pacientes con RZB logró un PASI 90 vs. aquellos con SEC independientemente de la clase de TBP: iIL-17 (12/13 [92%] vs. 6/12 [50%]), anti-TNF (30/38 [79%] vs. 16/38 [42%]), iIL-12/23 (14/15 [93%] vs. 11/22 [50%]). En los pacientes con fracaso a biol. previo, una mayor proporción de pacientes alcanzaron una respuesta PASI con RZB vs. con SEC (8/11 [73%] vs. 3/11 [27%]). No se observaron nuevos hallazgos de seguridad.

**Conclusión.** RZB se asoció con una eficacia superior durante 52 semanas comparado con SEC, independientemente del historial de tratamiento biológico previo.

#### P46. MEJORA A LARGO PLAZO Y DURADERA DEL PASI ABSOLUTO CON EL TRATAMIENTO CON RISANKIZUMAB (RZB): UN ANÁLISIS INTERMEDIO INTEGRADO DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE

M. Gooderham<sup>a</sup>, A. Pinter<sup>b</sup>, J. Zeng<sup>c</sup>, Y. Zhao<sup>c</sup>, C. Kaufmann<sup>c</sup> y B. Strober<sup>d</sup>

<sup>a</sup>SKiN Centre for Dermatology, and Probitry Medical Research. Peterborough. Canadá. <sup>b</sup>Goethe-Universität. Frankfurt. Alemania. <sup>c</sup>AbbVie, Inc. North Chicago. Illinois. <sup>d</sup>Yale University. New Haven, CT. EE. UU.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia mediante la mejora a largo plazo del PASI absoluto y la seguridad del tratamiento continuo con RZB.

**Material y métodos.** Se evaluó el tratamiento a largo plazo y continuo de RZB en adultos ( $\geq 18$  años) con pso en placas mod-grave utilizando datos integrados de 2 ensayos iniciales de fase 3, doble ciego, aleatorizados (UltIMMa-1, NCT02684370; UltIMMa-2, NCT02684357) y de un ensayo en curso, de fase 3, multicéntrico, internacional y de extensión abierta (OLE) (LIMMitless, NCT03047395). Se realizó un corte de datos intermedio a las 172 sem.

**Resultados.** La tasa de mejoría medida en PASI absoluto fue evidente a partir de la sem 16 y en todas las visitas posteriores. La mayoría también alcanzó PASI  $\leq 3$  en sem 8 y 12 (62,9% [327/520] y 79,2% [411/519], respectivamente) y se mantuvo a largo plazo entre las sem 52 y 172 (92,4% y 94,9%, respectivamente). La mayor tasa de mejora de PASI absoluto fue PASI  $\leq 3$ . Las tasas para cada criterio de valoración generalmente aumentaron en los distintos tiempos de evaluación. Tabla 1: logro de resultados de PASI absoluto con tratamiento continuo con RZB (OC) a largo plazo. Las tasas (%) de efectos adversos de interés (eventos por paciente-año) para los 525 pacientes fueron: cualquier EA 87,8% (157,8); EA graves 13,5% (6,8), infección grave 3,0% (1,2), evento cardíaco adverso grave 0,2% ( $< 0,1$ ), tumores malignos que incluyen/excluyen cáncer de piel no melanoma 2,3%/1,1% (0,9/0,3), EA que llevan a la discontinuación 4,4% (1,4), muertes 0,6% (0,2) (n = 3; 1 por causas naturales, 2 por causa desconocida, ninguna relacionada con RZB).

**Conclusión.** La administración de RZB a largo plazo cada 12 semanas, proporcionó un mantenimiento duradero de la eficacia en términos de mejora de PASI absoluto y fue consistente con el perfil de seguridad conocido de RZB; no se observaron nuevos hallazgos de seguridad.

#### P47. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON RISANKIZUMAB (RZB) PARA LA PSORIASIS UNGEAL, DE CUERO CABELLUDO Y PALMOPLANTAR: ANÁLISIS INTERMEDIO DEL ENSAYO DE EXTENSIÓN ABIERTA LIMMITLESS

B. Elewski<sup>a</sup>, P. Rich<sup>b</sup>, J. Crowley<sup>c</sup>, P. Foley<sup>d</sup>, T. Zhan<sup>e</sup>, Y. Zhao<sup>e</sup>, S. Rubant<sup>e</sup> e Y. Poulin<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Dermatology. UAB School of Medicine. Birmingham, AL. <sup>b</sup>Oregon Dermatology and Research Center. Portland, OR. <sup>c</sup>Bakersfield Dermatology and Skin Cancer Medical Group. Bakersfield, CA. EE. UU. <sup>d</sup>The University of Melbourne, St Vincent's Hospital Melbourne, and Probitry Medical Research. Skin Health Institute. Melbourne. Australia. <sup>e</sup>AbbVie Inc. North Chicago, IL. EE. UU. <sup>f</sup>Laval University. Quebec City. Quebec. Canadá.

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de RZB en el tratamiento de las Pso ungueal, de cuero cabelludo y palmoplantar.

**Materiales y métodos.** El tratamiento continuo a largo plazo de RZB 150 mg para adultos ( $\geq 18$  años) con pso en placas mod-grave se evaluó utilizando datos integrados de 2 ensayos iniciales, doble ciego de fase 3, (UltIMMa-1 y -2, NCT02684370 y NCT02684357) y de un ensayo en curso de fase 3, multicéntrico, internacional, de extensión abierta (OLE) (LIMMitless NCT03047395). Se realizó un corte intermedio de datos a las 172 sem.

**Resultados.** Quinientos veinticinco pacientes recibieron 150 mg de RZB de forma continua cada 12 sem, y 355 completaron 172 sem de tratamiento con RZB. Los pacientes experimentaron una mejoría desde el basal en cada resultado de cada momento; la tasa de DLQI 0/1 aumentó hasta la sem 124 y permaneció estable hasta la sem 172. Dado que el estudio está en curso, no todos los pacientes han alcanzado aún todas las fechas de evaluación. Tabla 1. Porcentaje medio de mejoría [SE] de BL (OC) para los resultados tras el tratamiento continuo a largo plazo con 150 mg de RZB. Tabla 2. Resultados DLQI (OC) tras el tratamiento continuo a largo plazo. Las tasas de EA de interés (eventos por 100 pacientes-año) para los 525 pacientes en el análisis de seguridad incluyeron: cualquier EA 87,8% (157,8); EA graves 13,5% (6,8), infecciones graves 3,0% (1,2), evento adverso grave cardíaco 0,2% ( $< 0,1$ ), neoplasias malignas que incluyen/excluyen cáncer de piel no melanoma 2,3%/1,1% (0,9/0,3), EA que llevan a la discontinuación 4,4% (1,4), muertes 0,6% (0,2) (n = 3; 1 por causas naturales, 2 por causa desconocida, ninguna relacionada con RZB).

**Conclusiones.** RZB proporcionó un mantenimiento duradero de la eficacia en la pso ungueal, de cuero cabelludo y palmoplantar tras la administración cada 12 sem a largo plazo (172 semanas). La seguridad fue consistente con el perfil de seguridad conocido de RZB; no se observaron nuevos hallazgos de seguridad.

#### P48. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CON RISANKIZUMAB EN FORMAS CLÍNICAS O SITUACIONES ESPECIALES: PSORIASIS PUSTULOSA, PACIENTE VIH CON PSORIASIS Y PACIENTE CON PSORIASIS, EII E HIDRADENITIS

M. Hospital Gil<sup>a</sup>, F. Alfageme Roldán<sup>a</sup>, H. Cembrero Saralegui<sup>a</sup>, R. Cabeza Martínez<sup>a</sup>, L. Turrión Merino<sup>a</sup>, E. López-Negrete Arenal<sup>a</sup>, C. Martínez Mera<sup>a</sup>, I. Salguero Fernández<sup>a</sup>, M. Elosua González<sup>a</sup>, M. Sigüenza Sanz<sup>a</sup>, M. Grau Pérez<sup>a</sup> y G. Roustán Gullon<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. España.

Risankizumab es un Ac monoclonal IgG1 humanizado que inhibe selectivamente la IL23 bloqueando la subunidad p19 de la misma. Ha demostrado superioridad en el control de la psoriasis en placas moderada-grave comparado con placebo, adalimumab, ustekinumab y secukinumab. Asimismo ha demostrado alta eficacia en áreas de difícil manejo como cuero cabelludo, uñas y formas palmoplantares. El amplio arsenal terapéutico del que disponemos actualmente para tratar pacientes con psoriasis moderada-grave en sus diferentes formas no impide que en nuestra práctica clínica habitual nos encontremos con situaciones clínicas complejas que suponen un reto para los tratamientos más innovadores. Presentamos 3 situaciones clínicas muy diferentes que afectan a la propia etiopatogenia de la enfermedad como es la psoriasis pustulosa, a la seguridad del fármaco, como es el tratamiento de los pacientes con infecciones crónicas como VIH y a los pacientes con entidades clínicas concomitantes que comparten vías inflamatorias comunes facilitando respuestas paradójicas a los tratamientos de cualquiera de ellas. En este contexto nos parece interesante ver el comportamiento de risankizumab en estas situaciones en pacientes previamente tratados con otros fármacos y con fallo o respuesta insuficiente a los mismos.

#### P49. GUSELKUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA A 18 MESES

M.S. Medina Montalvo, I. Polo Rodríguez, A.B. Piteiro Bermejo, A. Quesada Cortés, A. Rodríguez-Villa Lario, D. Vega Díez, M. González Cañete y L. Trasobares Marugán

Servicio de Dermatología. HU Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

**Objetivos.** Analizar la eficacia y seguridad de guselkumab en práctica clínica.

**Material.** Estudio retrospectivo de 17 pacientes que iniciaron tratamiento con guselkumab desde marzo de 2019 hasta octubre de 2020, según los datos recogidos en las historias clínicas.

**Resultados.** Cuatro mujeres y 13 varones, con una media de edad de 50 años (31-70). El tiempo medio de evolución de la psoriasis era de 15 años (1,5-30). Presentaban psoriasis en placas 15 pacientes y 2 psoriasis palmoplantar.

Se analizan las comorbilidades asociadas. Habían recibido tratamientos sistémicos convencionales previos 12 pacientes, 10 fototerapia, 1 apremilast y otro dimetilfumarato. Tres de nuestros pacientes eran naïve para biológicos y 10 habían sido tratados con 2 o más. Los datos sobre severidad se han analizado en los 10 pacientes que presentaban psoriasis en placas y habían seguido tratamiento durante, al menos 6 meses y de los que disponíamos de PASI basal. La valoración se realizó según práctica clínica habitual en semana 0 y luego cada 12 semanas.

El PASI basal medio era de 11,9. A las 12 semanas el PASI medio era de 1,2 y 5 pacientes presentaban PASI 0. En semana 24 el PASI medio se mantenía en 1,2.

Uno de los pacientes que era naïve para biológicos, presentó PASI 0 a las 12 semanas. Suspendió el tratamiento en marzo de 2020 debido a la pandemia COVID, manteniendo PASI 0 a los 6 meses. Otro paciente naïve con PASI basal 32,8, consiguió PASI 0 en semana 12 y se mantiene blanqueado 1 año después. En un caso se suspendió el tratamiento por aparición de un brote de artritis al mes del inicio. En otro paciente se suspendió durante el ingreso por neumonía COVID, reanudando el tratamiento a los 5 meses.

**Conclusiones.** En nuestra serie, guselkumab ha mostrado ser eficaz con buena tolerancia. Es probable que se puedan definir perfiles de pacientes en los que la respuesta se prevea óptima. Probablemente, en algunos de ellos se podrá suspender la medicación durante algunos periodos.

## P50. RISANKIZUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE

C. Sarró-Fuente, J. Martín-Alcalde, A. Muñiz-de Lucas, M. Menéndez-Sánchez, G. Greta Dradi, D.P. Ruiz-Genao, E. Gómez-de la Fuente y J.L. López-Estebanz

*Servicio de Dermatología. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

**Objetivos.** Describimos el perfil de pacientes tratados con risankizumab en nuestro centro y su respuesta a corto plazo.

**Material.** Estudio unicéntrico observacional que analiza el perfil y la evolución de los pacientes con psoriasis en placas moderada-grave tratados con risankizumab. Los pacientes se evaluaron en semanas 0 y 4, midiendo la afectación y gravedad mediante los índices PASI (Psoriasis Area Severity Index) y BSA (Body Surface Area). Se recogieron las variables de edad, sexo, artritis psoriásica, comorbilidades y tratamientos previos.

**Resultados.** Risankizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo inmunoglobulina G1 que se une a la subunidad p19 de la interleuquina 23 (IL-23), inhibiendo su interacción con el receptor, la señalización celular y liberación de citocinas dependiente de IL-23. En nuestro centro todos los pacientes tratados con risankizumab presentan psoriasis moderada-grave (PASI medio mayor de 10) y perfiles complejos, que incluyen antecedentes de neoplasia, contraindicación de quimioprofilaxis frente a tuberculosis latente, comienzo de enfermedad inflamatoria intestinal durante el tratamiento con fármacos anti-IL-17 o probable enfermedad desmielinizante en paciente en tratamiento con adalimumab. Risankizumab ha demostrado una elevada eficacia a corto plazo.

**Conclusiones.** Risankizumab es una alternativa en pacientes con psoriasis moderada-grave en pacientes con contraindicación, respuesta inadecuada o efectos adversos a otros tratamientos

sistémicos o biológicos, con un excelente perfil de eficacia y seguridad. En nuestra serie, aunque el tiempo de seguimiento sea aún escaso, se vislumbra una mejoría clara subjetiva y objetiva (del BSA y PASI) en todos los pacientes.

## P51. MEDICAMENTOS TÓPICOS PRESCRITOS EN PSORIASIS, ¿ES FRECUENTE LA PRESENCIA DE ALÉRGENOS DE CONTACTO ENTRE SUS EXCIPIENTES?

F.J. de la Torre Gomar, P. Rosés Gibert, J. Gimeno Castillo, A. Menéndez Parrón, A. Sáenz Aguirre y R. González Pérez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria. España.*

**Introducción.** El tratamiento tópico representa el pilar terapéutico en la psoriasis leve. Los medicamentos tópicos se encuentran formulados en distintos vehículos, los cuales influyen en la eficacia del mismo y pueden provocar efectos adversos.

**Objetivos.** Determinar la presencia de excipientes con potencial alergénico de contacto presentes en los medicamentos tópicos más prescritos en nuestro servicio en psoriasis.

**Métodos.** Hemos analizado los 30 medicamentos tópicos más prescritos en psoriasis en nuestro servicio. Para identificar los posibles alérgenos hemos revisado la ficha técnica de los fármacos seleccionados publicada en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como realizado una búsqueda bibliográfica de lo publicado acerca del potencial alergénico de cada uno de los excipientes presentes en cada producto.

**Resultados.** Hemos encontrado potenciales alérgenos de contacto entre los excipientes del 96,67% (29/30) de los preparados tópicos analizados. Los identificados con una mayor frecuencia han sido el alcohol cetosteárico (36%), el alcohol bencílico (23,33%) y el edetato sódico (23,33%). Además, hemos observado otros alérgenos bien conocidos entre los excipientes de algunos productos como el clorocresol (10%), la imidazolil urea (6,67%), el parahidroxibenzoato de propilo (propilparaben, E216) (3,33%) o la diazolinil urea (3,33%).

**Conclusión.** Nuestros resultados nos recuerdan la importancia de tener en cuenta los excipientes además del propio principio activo en la prescripción de medicamentos tópicos en psoriasis. Estos, pueden constituir una fuente de exposición a alérgenos ocultos. Consideramos que la información aportada en este trabajo es relevante para la práctica clínica diaria, ya que el conocimiento de estos excipientes nos permite proporcionar recomendaciones actualizadas a la hora de evitar medicamentos tópicos concretos desaconsejados en pacientes con psoriasis sensibilizados a determinados alérgenos.

## P52. LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA TRAS USTEKINUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS GRAVE Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA: UN RETO TERAPÉUTICO

H. Gegúndez Hernández, F.J. Melgosa Ramos, E.M. Sánchez Martínez, Á. Aguado García, R. García Ruiz y A. Mateu Puchades

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia. España.*

**Introducción.** Los pacientes que reciben fármacos inmunomoduladores como las nuevas terapias biológicas, pueden presentar mayor predisposición que la población general a complicaciones infecciosas. En ocasiones, éstas suponen un punto de ruptura en la evolución natural de la enfermedad, condicionando nuestra actitud a corto y medio plazo.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 44 años, con psoriasis cutánea y articular en tratamiento con ustekinumab 45 mg



cada 12 semanas con regular control. En seguimiento desde 2015, había recibido otras terapias como metrotexate, etanercept, adalimumab, suspendidas por falta de respuesta inicial y secukinumab por fallo secundario. Este año es ingresada con cuadro de leishmaniasis mucocutánea genital y amigdalas. Tras suspender el biológico y completar varios ciclos de anfotericina B, la paciente presenta deterioro grave de psoriasis cutánea. De forma conjunta a Reumatología, se decide iniciar guselkumab, una vez resuelto el cuadro infeccioso.

**Discusión.** El desarrollo de tratamientos biológicos ha cambiado el manejo de la psoriasis grave. Sus efectos adversos son cada vez más bien detallados y controlados. Existen pocos casos descritos de leishmaniasis cutánea con ustekinumab. Este resulta particular, pues nos encontramos con una paciente con un mal control del cuadro clínico articular a pesar de recibir varios agentes biológicos previos y que tras su suspensión presenta un brote severo cutáneo. Por lo que los autores nos planteamos cambio de diana a anti-IL23, guselkumab, fármaco que recientemente ha obtenido su aprobación para artropatía psoriásica además de contar con un buen perfil y tolerancia y con buenos datos de persistencia a largo plazo.

**Conclusiones.** Presentamos una paciente con psoriasis cutánea y articular en tratamiento con ustekinumab, que tras desarrollar una infección mucocutánea por Leishmania, en busca de un control dual a largo plazo, se decide iniciar tratamiento con guselkumab a dosis habitual.

### P53. RISANKIZUMAB: OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTE CON INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE SIN OPCIÓN A QUIMIOPROFILAXIS

D. Revilla Nebreda, M. Roncero Riesco, D. Rodríguez Baeza, L. Revellas Peñas y C. Román Curto

*Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Introducción.** Disponemos de un amplio arsenal terapéutico para la psoriasis pero ocasionalmente se nos presentan casos de difícil manejo por diversas razones. Algunos de los nuevos fármacos nos proporcionan seguridad y eficacia en estas situaciones.

**Caso clínico.** Varón de 39 años a seguimiento en nuestro servicio por psoriasis en placas grave con afectación articular. A finales de 2018 el paciente presenta mal control de su psoriasis con acitretino y tratamiento tópico. Se plantea iniciar tratamiento biológico. El estudio previo muestra IGRAs positivos: una infección tuberculosa latente (ITBL). Se comienza quimioprofilaxis con isoniacida y el paciente desarrolla una hepatitis tóxica que precisa ingreso hospitalario. En los siguientes meses realiza solamente tratamiento tópico con mal control y se plantea fototerapia que él rechaza por incompatibilidad laboral. En junio de 2019 se decide comenzar tratamiento con metotrexato asociado a tratamiento tópico. Presenta mejoría de la clínica articular pero sigue con mal control cutáneo a pesar de ir aumentando dosis con estricto control analítico. En ese momento nos planteamos risankizumab que, según los resultados de su ensayo clínico, nos proporciona seguridad en cuanto a la reactivación de su ITBL a pesar de no realizar quimioprofilaxis. En julio de 2020, teniendo placas diseminadas por todo el cuerpo, inicia el tratamiento y 3 meses después se presenta sin lesiones cutáneas, sin afectación articular y sin ningún signo ni síntoma de reactivación de su ITBL.

**Discusión.** Los tratamientos biológicos nos proporcionan buen control de la psoriasis a pesar de tener algunas limitaciones. Los biológicos antiguos están contraindicados en pacientes con ITBL sin realizar quimioprofilaxis. Existen teorías de que los nuevos tratamientos no tienen esta limitación. Risankizumab incluyó pacientes con ITBL sin quimioprofilaxis en ensayo clínico demostrando seguridad y eficacia. Esta opción terapéutica fue un alivio para nuestro paciente.

### P54. SÍNDROME SAPHO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO

D. Falkenhain-López, J. Fulgencio-Barbarin, M. Puerta-Peñ, P. Ortiz-Romero, C. Postigo-Llorente y R. Rivera-Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Objetivo.** Describir las características clínicas y manejo del síndrome SAPHO incidiendo en la comparativa entre los grupos con clínica de pustulosis palmoplantar y de acné severo.

**Material.** Reportamos una serie de 8 casos de síndrome SAPHO de nuestro centro, describiendo las características demográficas, clínicas y terapéuticas, con revisión adicional de la literatura.

**Resultados.** Encontramos dos grupos diferenciados de pacientes en nuestro centro con diagnóstico de síndrome SAPHO: por un lado, mujeres de edad media con cuadros de pustulosis palmoplantar, con comorbilidad con psoriasis algunas de ellas, que logran un razonable buen control de la clínica con requerimientos terapéuticos medios-altos (tópicos en combinación con FAME o terapias biológicas).

Por otro lado, varones jóvenes con cuadros de acné severo con control de la patología cutánea deficitario todos ellos, a pesar de tratamiento biológico. El control de la sintomatología articular y las características clínicas y radiológicas de la misma resultaron similares en los dos grupos. Revisamos la literatura disponible, encontrando que nuestros hallazgos resultan equiparables a lo descrito previamente, si bien no existen datos consistentes que reporten esta gran refractariedad de los cuadros de acné severo a los tratamientos.

**Conclusiones.** Presentamos una serie de casos de síndrome SAPHO, con distinción de dos grupos claramente diferenciados: mujeres de edad media con pustulosis palmoplantar de control razonable y hombres jóvenes con cuadros de acné refractarios. Realizamos una revisión de la literatura con similares resultados en base a los pocos datos descritos en relación a este síndrome, aunque sin haber encontrado claras referencias a lo complicado del manejo de los pacientes con acné severo.

### P55. LA TEMPERATURA Y LA PÉRDIDA TRANSEPIDÉRMICA DE AGUA COMO HERRAMIENTAS PARA EVALUAR OBJETIVAMENTE LA GRAVEDAD DE LA PSORIASIS

T. Montero-Vílchez, A. Martínez-López, A. Rodríguez-Tejero, I. Pérez-Rodríguez, A. Molina-Leyva y S. Arias-Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Antecedentes.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria que puede alterar la función de la barrera epidérmica. Existen múltiples herramientas diagnósticas para evaluar su gravedad, pero la mayoría de ellas se basan en componentes subjetivos. La temperatura y la pérdida de agua transepidérmica (TEWL) son parámetros de la función de barrera epidérmica que pueden medirse objetivamente y que podrían ayudar a los clínicos a evaluar con precisión la gravedad de la enfermedad.

**Objetivos.** 1. Comparar la función de la barrera cutánea entre la piel sana y la piel psoriásica. 2. Evaluar si la temperatura y la TEWL pueden predecir la gravedad de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio transversal que incluyó a voluntarios sanos y pacientes con psoriasis. Se midieron los parámetros de la función de barrera epidérmica (TEWL, hidratación del estrato córneo (SCH), temperatura, eritema, melanina, pH y elasticidad) en la piel sana, en la piel psoriásica no afecta y en la placa de psoriasis. Se evaluó la capacidad de los valores de TEWL y temperatura para discriminar entre la psoriasis leve y la moderada-grave.

**Resultados.** El estudio incluyó 184 participantes, 92 voluntarios sanos y 92 pacientes con psoriasis. La temperatura, la TEWL (18,45

vs. 12,34g-m-2h-1,  $p < 0,001$ ) y el eritema (408,44 vs. 285,91AU,  $p < 0,001$ ) fueron mayores en la placa de psoriasis que en los voluntarios sanos mientras que la SCH (8,71 vs. 44,39AU,  $p < 0,001$ ) fue significativamente más baja. Los pacientes con temperatura  $> 30,85^{\circ}\text{C}$  y TEWL  $> 13,85\text{g-m-2h-1}$  presentaron una psoriasis moderada/grave (PASI  $\geq 7$ ), con una especificidad del 76,3%.

**Conclusión.** La temperatura y la TEWL pueden ayudar a los dermatólogos a determinar la gravedad de la enfermedad de manera objetiva y a seleccionar los pacientes que necesitan un tratamiento intensivo.

### P56. TRANSLOCACIÓN BACTERIANA Y PRODUCCIÓN DE CITOQUINAS EN PACIENTES CON PSORIASIS: ESTUDIO PROSPECTIVO EN 215 PACIENTES

M.J. Sánchez Pujol<sup>a</sup>, A. Docampo Simón<sup>a</sup>, L. Schneller-Pavelescu<sup>a</sup>, P. Bellot<sup>b</sup>, R. Francés<sup>c,d</sup>, J.M. Ramos-Rincón<sup>c,e</sup> e I. Belinchón<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Digestiva-Hepatología. Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. <sup>c</sup>Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. <sup>d</sup>Hospital General Universitario de Alicante- ISABIAL. Alicante. CIBERehd. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. <sup>e</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante- ISABIAL. Alicante. España.

**Objetivo.** Determinar la tasa de translocación bacteriana (TB) en pacientes con psoriasis moderada-grave con y sin hígado graso no alcohólico (HGNA).

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en una cohorte de pacientes con psoriasis moderada-grave atendidos en el Hospital General Universitario de Alicante entre 01/09/2017 y 31/05/2018. A todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se les realizó una ecografía hepática para establecer el diagnóstico de hígado graso no alcohólico (HGNA) y se les determinó la TB, definida como la presencia de bactDNA en una muestra con cultivo negativo. También se midieron las citoquinas (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-17, IL-23 y TGF- $\beta$ ).

**Resultados.** Se estudiaron 215 pacientes con psoriasis moderada-grave, de los que 44 presentaron TB no viable (20,6%). La proporción de pacientes con TB fue mayor en los pacientes con HGNA (29,7% vs. 13,7%;  $p < 0,001$ ). En todos los pacientes con psoriasis, con o sin HGNA, los mediadores inflamatorios TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-17, IL-23 y TGF- $\beta$  fueron significativamente mayores ( $p < 0,01$ ) si presentaban TB. Los pacientes con HGNA y TB tuvieron niveles mayores de TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-17, IL-23, y TGF- $\beta$  que los pacientes con HGNA pero sin TB ( $p < 0,001$ ). En contraste, los pacientes con TB pero sin HGNA tuvieron únicamente una elevación estadísticamente significativa de los niveles de TNF- $\alpha$ , IL-17, e IL-23 en comparación con los pacientes sin TB ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** En nuestro estudio, la presencia de TB se asoció con una respuesta inflamatoria mayor (con elevación de citoquinas proinflamatorias como TNF- $\alpha$  o TGF- $\beta$ ) en los pacientes con psoriasis. La TB fue más frecuente en los pacientes con psoriasis y HGNA.

### P57. PITIRIASIS RUBRA PILARIS CON RESPUESTA RÁPIDA Y EFECTIVA A BRODALUMAB

S. Alique García<sup>a</sup>, B. Díaz Martínez<sup>a</sup>, M.J. Izquierdo Estirado<sup>a</sup>, M.L. Vázquez Camuña<sup>b</sup> y F. Menéndez Ramos<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

**Caso clínico.** Varón de 53 años, con AP de DM y esteatosis hepática, que consulta por lesiones pruriginosas generalizadas de 1 mes de evolución. A la EF presenta pápulas foliculares con tendencia a confluir en grandes placas, anaranjadas, descamativas, distribuidas en

tronco y extremidades. Se asocia a eritema y descamación facial, así como a queratodermia palmo-plantar. La sospecha clínica es de pitiriasis rubra pilaris (PRP), siendo la histología compatible. Se inicia tratamiento con acitretino 25 mg diarios, corticoides tópicos y antihistamínicos. A los 3 meses se aprecia escaso beneficio, presentando además fisuras dolorosas en palmas y plantas, en probable relación con el tratamiento. Se añade fototerapia UVB-be sin conseguir tampoco una mejoría significativa. Dada la mala evolución se instaura tratamiento con brodalumab 210 mg bajo uso compasivo (0-1-2, después cada 2 semanas) con gran mejoría del prurito y las lesiones desde el primer mes. Actualmente lleva 4 meses de tratamiento (sin ningún efecto secundario) con práctica resolución de las lesiones, a excepción de leve queratodermia palmo-plantar.

**Discusión y conclusiones.** La PRP es una rara dermatosis inflamatoria caracterizada por pápulas hiperqueratósicas foliculares que coalescen en grandes placas eritemato-anaranjadas. Existen 6 tipos de PRP, siendo el más frecuente el tipo I o clásico del adulto. Este tipo supone habitualmente un reto terapéutico, ya que solo un 20% de los casos se resuelve de forma espontánea, siendo refractario a múltiples terapias. La etiopatogenia de la PRP es desconocida, sin embargo, las similitudes clínicas e histológicas que comparte con la psoriasis indican que la vía IL-23/Th17 podría estar implicada. Brodalumab es un anticuerpo monoclonal recombinante totalmente humano de tipo IgG2 que se une con gran afinidad a la IL-17RA. Recientemente se han publicado varios casos que indican que este fármaco es una alternativa eficaz, rápida y segura en el tratamiento de la PRP tipo I.

### P58. PSORIASIS PUSTULOSA SEVERA EN EL EMBARAZO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO TRATADO CON CERTOLIZUMAB CON RÁPIDA RESPUESTA

J. Gimeno Castillo, F.J. de la Torre Gomar, P. Rosés Gibert, A. Menéndez Parrón, R. González Pérez y A. Saenz Aguirre

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Araba. Vitoria. España.

**Introducción.** El manejo de la psoriasis durante el embarazo puede representar un verdadero reto terapéutico, ya que la evidencia de la que se dispone es escasa. Actualmente está aprobado el uso del certolizumab pegol en el embarazo. Presentamos un caso de psoriasis pustulosa severa en una gestante con respuesta satisfactoria al mismo.

**Caso clínico.** Mujer de 33 años con psoriasis de más de 10 años de evolución tratada previamente con metotrexato y ciclosporina, suspendiéndose esta última tras quedar la paciente embarazada. Durante los primeros meses de embarazo presentó brotes de lesiones localizadas en piernas que controlaba parcialmente con tratamientos tópicos (betametasona valerato, calcipotriol/dipropionato de betametasona), así como antihistamínicos y helioterapia. En la semana 30, presentó un llamativo empeoramiento con desarrollo de placas eritematodescamativas en abdomen, espalda y extremidades inferiores. Asimismo, se apreciaban lesiones pustulosas en abdomen. El índice PASI fue de 29,9 y el BSA del 58%. Dada la extensión de la psoriasis, y la gestación se acordó iniciar tratamiento con certolizumab pegol. Unas semanas después, la paciente refirió notable mejoría de las lesiones, que fue constatada en una revisión a las 4 semanas, objetivándose un índice PASI de 13,00 y un BSA del 39,10 %.

**Discusión.** Es bien conocido que el embarazo puede modificar el curso de la psoriasis y desencadenar brotes de psoriasis pustulosa. Estos casos constituyen un verdadero reto terapéutico, ya que la evidencia sobre el tratamiento de la psoriasis durante el embarazo es escasa. Dentro de los tratamientos sistémicos que pueden emplearse, destaca el certolizumab pegol, un anticuerpo anti-TNF que carece de fracción Fc presentando una transferencia transplacentaria mínima. Como conclusión, presentamos el caso de una gestan-

te con psoriasis pustulosa que mostró con una buena respuesta a certolizumab pegol, presentando una respuesta PASI 50 a las 4 semanas del inicio del mismo.

#### **P59. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. ESTUDIO DE 5 PACIENTES**

A. Reymundo<sup>a</sup>, A. Fernández-Bernáldez<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, E. Vilarrasa<sup>b</sup>, L. Rodríguez<sup>c</sup>, O. Baniandrés<sup>d</sup>, R. Feltes<sup>e</sup> y E. Daudén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>c</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>d</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>e</sup>Hospital Universitario la Paz. Madrid. España.

**Introducción.** La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una enfermedad grave caracterizada por la presencia de pústulas estériles por casi toda la superficie corporal. Secukinumab (SEK) es un anticuerpo monoclonal anti interleuquina-17 que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la psoriasis pustulosa generalizada en ensayos clínicos, pero no en práctica clínica real. Nuestro objetivo fue valorar la eficacia y seguridad de SEK como tratamiento de esta entidad en práctica clínica real.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo multicéntrico de aquellos pacientes con psoriasis pustulosa generalizada de 5 hospitales españoles tratados con SEK con un tiempo de seguimiento mínimo de 24 meses. Para valorar la gravedad se utilizó el *Generalized Pustular Psoriasis Investigator Global Assessment* (GPP IGA).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 5 pacientes, 3 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 44,17 años. El 80% de los pacientes habían recibido tratamiento con biológicos previamente y el 100% tratamiento con terapia sistémica. El GPP IGA basal medio de los pacientes fue de 3,6, y a las 12 semanas de 0,2. La respuesta clínica se mantuvo durante 12 meses en el 100% de los casos y durante 36 meses en el 60% de los casos. En 2 casos se suspendió el tratamiento por falta de eficacia mantenida. Solo un paciente presentó un efecto adverso leve a los 6 meses de tratamiento (infección respiratoria alta) y no se reportaron efectos adversos graves.

**Conclusión.** Presentamos la serie de casos con el tiempo de seguimiento más largo de pacientes con psoriasis pustulosa generalizada tratados con SEK. Los resultados de nuestro estudio muestran que puede ser un tratamiento eficaz y seguro en el tratamiento de esta patología. Es necesario hacer más estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos datos.

#### **P60. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SECUKINUMAB COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PSORIASIS ERITRODÉRMICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE 16 PACIENTES**

A. Reymundo<sup>a</sup>, A. Fernández-Bernáldez<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, L. Rodríguez<sup>c</sup>, O. Baniandrés<sup>d</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>e</sup>, T. Torres<sup>f</sup>, P. de la Cueva<sup>g</sup> y E. Daudén<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>d</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. España. <sup>f</sup>Unidad de Dermatología. Centro Hospitalar e Universitario do Porto. Portugal. <sup>g</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

**Introducción y objetivos.** La psoriasis eritrodérmica es una forma clínica grave y rara. Debido a su baja incidencia, el tratamiento de

la misma no está estandarizado. Secukinumab (SEK) es un anticuerpo monoclonal anti interleuquina-17 que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la psoriasis eritrodérmica en pequeñas series de casos. Nuestro objetivo fue valorar la eficacia y seguridad de SEK como tratamiento de esta entidad en práctica clínica real en la península ibérica.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo multicéntrico de todos los pacientes con psoriasis eritrodérmica de 6 hospitales españoles y uno portugués tratados con SEK con un tiempo de seguimiento mínimo de 12 meses y máximo de 36.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 16 pacientes, 11 hombres y 5 mujeres con una edad media de 54,81 años. El IMC medio de los pacientes fue de 28,72. El 43,75% (7 pacientes) no habían recibido tratamiento con biológicos previamente. El PASI basal fue de 35,48 y se redujo a 9 a los 3 meses y a 6 a los 12 meses. Se consiguió realizar seguimiento de 7 pacientes durante 30 meses con un PASI medio de 3,57. Tres pacientes seguían recibiendo el tratamiento al finalizar la recogida de datos del estudio con 24 meses de seguimiento. El tratamiento se suspendió por falta de eficacia en 2 de los casos a los 12 meses y en uno por reactivación de infección tuberculosa a los 24 meses. En 3 casos se perdió el seguimiento tras 12, 18 y 24 meses de tratamiento respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los pacientes naive y no naive a biológicos. Solo se reportó un efecto adverso grave que conllevó la suspensión del tratamiento.

**Conclusiones.** En la serie de casos más amplia de la literatura, observamos que el tratamiento con secukinumab es efectivo y seguro a largo plazo en un porcentaje significativo de pacientes con psoriasis eritrodérmica y supone una alternativa terapéutica para esta forma de psoriasis.

#### **P61. BUENA RESPUESTA A RISANKIZUMAB EN PACIENTE CON OBESIDAD EXTREMA CON FRACASO PREVIO A BIOLÓGICOS**

I. Polo Rodríguez, S. Medina Montalvo, A. Rodríguez Villa Lario, D. Vega Díez, M. González Cañete y A.B. Piteiro Bermejo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad multisistémica a menudo acompañada de comorbilidades como la obesidad.

**Caso clínico.** Paciente varón de 53 años con antecedentes de apnea obstructiva del sueño, ansiedad, glucosa basal alterada y obesidad IV con un índice de masa corporal de 52,26. Presenta una psoriasis de 30 años de evolución que ha recibido tratamiento con fototerapia, acitretino, secukinumab sin mejoría. Ante la falta de respuesta se cambió a brodalumab, que suspendió tras las 2 primeras inyecciones por infección por SARS-CoV-2. Reinició el tratamiento con empeoramiento de lesiones a las 16 semanas. En ese momento presentaba PASI 16,8, BSA 14 y DLQI 12. Decidimos iniciar risankizumab en pauta estándar. El paciente ya había mejorado al mes del inicio del tratamiento incrementándose esta mejoría a lo largo del tiempo de seguimiento. El paciente ha tolerado bien el tratamiento sin efectos secundarios en ningún momento.

**Discusión.** En diferentes estudios se ha demostrado la asociación entre psoriasis, obesidad y aumento de la circunferencia abdominal. Los pacientes con estas comorbilidades suelen tener formas de psoriasis más severas y de más difícil control. Risankizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 que se une selectivamente a la IL-23, indicado para el tratamiento de la psoriasis moderada a severa candidata a tratamiento sistémico, que ha demostrado superioridad frente a adalimumab y ustekinumab. En un análisis integrado del estudio Fase III UltIMMA-1 y 2 que analiza la respuesta a risankizumab según las diferentes características demográficas no se observó diferencia en los porcentajes de mejora de los valores de PASI en los diferentes segmentos de IMC incluidos los > 30 ni



tampoco en aquellos pacientes con exposición previa a biológicos como es nuestro paciente.

**Conclusión.** Risankizumab ha resultado eficaz y seguro en nuestro paciente con obesidad extrema y con fallo previo a biológicos.

### P62. EXPERIENCIA CON SECUKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCARIO

N. Jiménez Gómez<sup>a</sup>, M.A. Ballester Martínez<sup>a</sup>,  
Á. González Cantero<sup>a</sup>, B. Díaz Guimaraens<sup>a</sup>, A.M. Suárez Valle<sup>a</sup>,  
M. Domínguez Santás<sup>a</sup>, T. Gramage<sup>b</sup> y P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción y objetivo.** El objetivo principal de nuestro estudio es describir nuestra experiencia con el empleo de secukinumab en práctica clínica real desde su introducción en nuestro centro.

**Material.** Estableciendo como punto de corte diciembre de 2020, se realizó una revisión de las historias clínicas de todos aquellos pacientes en los que se empleó secukinumab para el tratamiento de la psoriasis. Se recogieron datos sobre las características sociodemográficas, las comorbilidades, así como la severidad de la enfermedad, el subtipo de psoriasis y la presencia o ausencia de artritis psoriásica. Además, se evaluó el perfil de seguridad del fármaco mediante la revisión de los efectos adversos descritos en la historia clínica, prestando especial atención a la incidencia de casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2).

**Resultados.** Se incluyeron un total de 36 pacientes en los que el motivo de prescripción fue la presencia de psoriasis. De los pacientes incluidos, en su mayoría fueron hombres (66,7%). La edad media fue de 48,3 años (25-85 años). En la mayor parte de los casos, el tratamiento se indicó por la presencia de una psoriasis en placas (96,3%) y en un 3,7% restante por psoriasis palmoplantar. En el 22,2% de los pacientes tratados, coexistía una artropatía psoriásica. En relación a los tratamientos previos, un 44,4% había realizado tratamiento con al menos un fármaco biológico previo. El 33,3% de los pacientes de nuestra serie se encuentran con una pauta desintensificada de tratamiento. En cuanto a la seguridad, un 8,8% de los pacientes presenta un episodio de candidiasis y una de las pacientes de la serie comienza con colitis ulcerosa. En cuanto a la infección por SARS-CoV-2, se encuentran 2 casos con infección confirmada y 4 casos con infección compatible, todos ellos leves.

**Conclusiones.** En la práctica clínica real, secukinumab demuestra ser un fármaco eficaz, con buen perfil de seguridad y muy susceptible de desintensificación.

### P63. PREVALENCIA DE ARTRITIS PSORIÁSICA Y CARACTERÍSTICAS DE LA AFECTACIÓN ARTICULAR EN PACIENTES CON PSORIASIS EN FUNCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN

J. Torre-Castro, C. Moya-Martínez, L. Haya-Martínez y M.C. Fariña  
*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

La artritis psoriásica es una espondiloartritis que afecta en torno al 20-30% de pacientes con psoriasis. Probablemente sea una entidad infradiagnosticada, y en todo caso, el retraso diagnóstico suele ser de años. Debido a la degeneración articular que puede ocasionar la artritis psoriásica, el diagnóstico precoz es importante. Establecer indicadores clínicos que permitan al dermatólogo detectar un riesgo aumentado de desarrollar artritis psoriásica facilitará el diagnóstico precoz de la enfermedad. Determinadas localizaciones especiales de psoriasis, como la ungueal, y recientemente la psoriasis de cuero cabelludo, se han asociado a un riesgo aumentado

de padecer artritis psoriásica. El objetivo de nuestro trabajo es describir la prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis en localizaciones especiales.

### P64. TILDRAKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: EFICACIA Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

R. Ruiz-Villaverde, Á. Ayén-Rodríguez, J.M. Llamas-Molina,  
L. Linares-González, T. Ródenas-Herranz y J.C. Ruiz-Carrascosa

*Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Objetivo.** Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti interleucina-23 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave. El objetivo de este trabajo es evaluar su eficacia, impacto en la calidad de vida y seguridad a corto plazo en condiciones de práctica clínica habitual.

**Material y métodos.** Serie observacional, retrospectiva y unicéntrica. Se incluyeron un total de 6 pacientes con psoriasis en placas moderada a grave. Se recogieron variables demográficas, edad al inicio de la enfermedad, presencia de otras comorbilidades, presencia de artritis psoriásica, y tratamientos sistémicos y biológicos previos realizados. Todos ellos recibieron tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica. La eficacia se evaluó en las semanas 4 y 12 de tratamiento utilizando los índices PASI, BSA, PGA y DLQI. Se valoró la incidencia de efectos adversos reportados por nuestros pacientes.

**Resultados.** La edad media de los pacientes estudiados (3 varones y 3 mujeres) fue de 53,6 años. La mediana de años desde el diagnóstico fue de 13 (7-56). Todos ellos tenían psoriasis en placas, 5/6 afectación de cuero cabelludo y 2/6 compromiso ungueal. Solo 2 de ellos estaban diagnosticados de artritis psoriásica. Los tratamientos sistémicos utilizados hasta la fecha habían sido metotrexate (n=6), ciclosporina (n=1), acitretino (n=1), dimetilfumarato (n=1) y adalimumab (n=6), siendo este el único biológico que habían recibido nuestros pacientes. Los valores medios de las escalas a nivel basal fueron: PASI = 12,8; BSA = 14,1; PGA = 3,5; DLQI = 13,8; EVA prurito = 5,8. A las 4 semanas se había producido una rápida y considerable mejoría en las escalas medidas, resultados que se consolidaron tras la nueva valoración a las 12 semanas.

**Conclusiones.** Tildrakizumab puede ser una opción terapéutica a considerar en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave que no hayan respondido previamente a fármacos anti-TNF.

### P65. RISANKIZUMAB: EFICACIA Y RESPUESTA EN PACIENTE NAIVE CON PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO, PALMOPLANTAR Y UNGUEAL

M. González Cañete, D. Vega Díez, A. Rodríguez-Villa Lario,  
L. Pinto Pulido, I. Polo Rodríguez, S. Medina Montalvo  
y A.B. Piteiro Bermejo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.*

La psoriasis del cuero cabelludo, palmoplantar y ungueal suele tener un gran impacto físico con repercusión negativa en la calidad de vida de los pacientes, además acostumbra a ser resistente a los tratamientos tópicos, empleándose, cada vez más, los biológicos. Risankizumab es un anticuerpo monoclonal de tipo IgG1 que inhibe la subunidad p19 de la IL-23, citoquina clave en la patogenia de la psoriasis. Su eficacia y seguridad ha sido demostrada en ULTIMMA1 y 2, IMMvent y IMMhance; siendo aprobado en España en abril 2020. Presentamos el caso de una mujer de 63 años, hipertensa, con psoriasis de 7 meses de evolución refractaria a tratamientos tópicos. En la exploración destacaba afectación extensa del cuero cabellu-

do, palmoplantar y ungueal, con PASI 7,5 y BGA 13,4%. Ante esta situación se inicia risankizumab a dosis estándar de 150 mg (dos inyecciones sc de 75 mg) en la semana 0, 4 y cada 12 semanas. A la semana 16 tras las 3 primeras dosis, la paciente presenta PASI 4,3 y BGA 3,6 % con aclaramiento completo de las lesiones del cuero cabelludo, pero persistencia de las palmoplantares y ungueales, no habiendo presentado reacciones adversas en ningún momento. Aunque existen pocos estudios que evalúen la eficacia y seguridad de risankizumab en estas localizaciones, el aclaramiento total de las lesiones del cuero cabelludo en nuestra paciente concuerda con los resultados obtenidos en un análisis de subgrupos, donde se observó una mejoría media del 94% en la semana 12, sin embargo, no hemos obtenido una reducción temprana tan llamativa en las lesiones palmoplantares ni ungueales, en las que el mismo estudio señala una mejoría media del 97 y 40% respectivamente en la semana 12. El tratamiento eficaz de la psoriasis de "localización difícil" es esencial para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, risankizumab puede suponer una herramienta útil en la práctica clínica real en el aclaramiento rápido de la psoriasis del cuero cabelludo.

### P66. PSORIASIS INDUCIDA POR IMATINIB

H. Muñoz-González, M. Penalba-Torres, C. García-Donoso, R. Rivera-Díaz y V. Velasco-Tamariz

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España.*

Imatinib es un fármaco cuyo mecanismo de acción se basa en la inhibición de distintas enzimas de la familia tirosinkinasa. Está indicado en el tratamiento de diversos tumores y procesos hematológicos, incluyendo la leucemia mieloide crónica. A nivel cutáneo se han descrito múltiples tipos de manifestaciones asociadas a su uso. Presentamos el caso de un paciente que desarrolló psoriasis en contexto de dicho tratamiento. Se trata de un varón de 46 años con diagnóstico de leucemia mieloide crónica tratada con imatinib que 5 meses después de iniciar dicho tratamiento presenta aparición de lesiones cutáneas pruriginosas. No se habían introducido nuevos fármacos recientemente ni el paciente refería ninguna sintomatología sistémica asociada de nueva aparición. A la exploración física se observaban placas eritemato-descamativas distribuidas por cuello cabelludo, tronco y extremidades, con especial afectación de los pliegues (axilas e ingles). Se realizó una biopsia cutánea observándose acantosis, hiperplasia epidérmica regular con atrofia suprapapilar, hiperqueratosis con paraqueratosis alternando con ortoqueratosis y capilares dilatados en la punta de las papilas, todo ello compatible con el diagnóstico de psoriasis. El paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de psoriasis ni otras dermatosis inflamatorias. El desarrollo de psoriasis en pacientes en tratamiento con imatinib y otros fármacos inhibidores de tirosinkinasa ha sido previamente descrito. Se trata de un efecto secundario tardío, que aparece normalmente tras varios meses de tratamiento. Sin embargo, su relación etiopatogénica es incierta puesto que también han sido reportados casos de remisión en pacientes con psoriasis conocida en tratamiento con estos fármacos por un diagnóstico de malignidad reciente. El control de las lesiones cutáneas no suele requerir de la suspensión del tratamiento, utilizándose habitualmente tratamientos tópicos pero pudiendo asociarse otros tratamientos sistémicos.

### P67. EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO DEL USO DE APREMILAST DURANTE LA PANDEMIA

A. Suárez Valle, A. Ballester Martínez, M. Domínguez Santás, B. Díaz Guimaraens, N. Jiménez Gómez, Á. González Cantero y P. Jaén Olasolo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Objetivo.** La pandemia de COVID-19 ha generado numerosas dudas respecto al manejo de las medicaciones sistémicas inmunomoduladoras/inmunosupresoras empleadas en el tratamiento de la psoriasis. Los datos clínicos de pacientes en tratamiento con apremilast que hayan pasado la COVID todavía son escasos. El objetivo de este estudio es describir la incidencia de COVID y el perfil del paciente afecto en pacientes con psoriasis moderada-severa tratados con apremilast en un hospital terciario.

**Material.** Revisamos de manera retrospectiva los datos clínicos de los pacientes en tratamiento activo con apremilast por psoriasis moderada-severa entre el 1 de enero hasta 15 de noviembre de 2020. Se recogieron datos demográficos y variables clínicas (tanto de la severidad de la psoriasis, como factores pronósticos de la evolución del COVID) de la población del Ramón y Cajal.

**Resultados.** Nuestra serie está formada por 66 pacientes en tratamiento con apremilast, 33 varones y 33 mujeres, con una media de edad de 56 años (rango 21-90). Hubo 4 COVID confirmados y otros 4 casos sospechosos (clínica compatible, pero sin pruebas confirmatorias dada la situación de alerta sanitaria). Dos de los 4 COVID confirmados requirieron ingreso por neumonía bilateral: un varón de 90 años y una mujer de 49 años con sobrepeso que requirió ingreso en UCI con IOT. El tiempo medio de evolución de la psoriasis de los pacientes COVID fue de 33 años, con 17 meses de media de tratamiento con apremilast. Además, los pacientes COVID confirmados tenían mayor media de edad que el resto de pacientes de la serie (69 vs. 56 años). El PASI basal y el PASI previo al inicio de la sintomatología infecciosa fueron 10 y 6, respectivamente.

**Conclusión.** Presentamos nuestra experiencia con apremilast durante la pandemia. En nuestra serie, objetivamos una incidencia de un 6% de casos COVID y solo registramos dos neumonías graves. Apremilast parece ser una opción segura para el tratamiento de la psoriasis en el contexto actual.

### P68. SUPERVIVENCIA DE ADALIMUMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PRÁCTICA CLÍNICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL UNICÉNTRICO EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE GRAN CANARIA

Á.M. García Miñarro, P. Díaz Morales, N. Naranjo Guerrero, E. Castro González y G. Carretero Hernández

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria. España.*

**Objetivo.** Analizar la supervivencia de adalimumab biosimilar en pacientes con psoriasis en un escenario de práctica clínica y, de forma secundaria, evaluar su efectividad y seguridad.

**Material.** Estudio observacional en una cohorte retrospectiva de un hospital de tercer nivel de Gran Canaria. Incluimos a todos los pacientes con psoriasis moderada-severa tratados con adalimumab biosimilar en el período de noviembre 2018 a diciembre de 2020 tras hacer un cambio en bloque al adalimumab biosimilar a dosis de mantenimiento. Calculamos las tasas de retención y abandono del fármaco. Evaluamos la respuesta mediante el PASI (Psoriasis Area and Severity Index) al inicio del biosimilar y en la última visita o a la retirada del fármaco, y la severidad de los acontecimientos adversos (AA) según la clasificación de la OMS.

**Resultados.** Incluimos un total de 54 pacientes con un seguimiento medio de 13,9 meses. La edad media fue de 51,8 años, y once pacientes (20,4%) asociaron artritis psoriásica. Un 37,0% de pacientes eran naive a biológicos y un 59,3% provenían de adalimumab original. La tasa anual de supervivencia del biosimilar fue del 79,6% y el motivo más frecuente de suspensión fue la pérdida de eficacia (9,2% de los pacientes) seguida de los AA. En los pacientes con mal control, se hizo un cambio a anti-IL-17 o anti-IL-23. Fue posible mantener una dosis minorada en 24 pacientes (44,4%). Objetivamos AA en el 13,0% de los pacientes, destacando las infecciones no graves. Los AA supusieron un 5,6% de los abandonos del tratamiento.

**Conclusiones.** La tasa de supervivencia de adalimumab biosimilar es del 79,6% en el primer año, siendo la causa más frecuente de abandono del tratamiento la pérdida de eficacia, seguida de los AA, similar a lo descrito para el fármaco de referencia. La monitorización continuada es esencial para optimizar el manejo de los tratamientos biológicos y biosimilares en pacientes con psoriasis, y contribuir a la toma de decisiones en práctica clínica.

### P69. AMPOLLAS TENSAS, PSORIASIS, TERAPIA BIOLÓGICA E INMUNOTERAPIA EN UN PACIENTE CON UN PASADO ONCOLÓGICO

B. Díaz Guimaraens, A. Ballester Martínez, N. Jiménez Gómez, Á. González Cantero, A.M. Suárez Valle, M. Domínguez Santás y P. Jaén Olasolo

*Servicio de Dermatología. H. U. Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** El penfigoide ampollar (PA) es una enfermedad causada por autoanticuerpos contra proteínas del hemidesmosoma, relacionándose con múltiples desencadenantes. Presentamos el caso de un paciente de difícil manejo en el que confluyen psoriasis y PA.

**Caso clínico.** Varón de 67 años con antecedentes de HTA, DM y carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV, en tratamiento con pembrolizumab, que desarrolla placas de psoriasis moderada-grave con PASI hasta 25,5 y BSA hasta 30% tras el inicio de la inmunoterapia. No experimenta mejoría con fototerapia, acitretino ni apremilast. Tras la suspensión del pembrolizumab al alcanzarse remisión completa del tumor, debido a la extensión de la psoriasis y el prurito incapacitante, se decide iniciar ustekinumab 45 mg. Tras recibir la primera dosis, desarrolla ampollas pruriginosas en tronco y miembros superiores, por lo que se realiza biopsia cutánea, IFD e IFI confirmándose el diagnóstico de penfigoide ampollar. Además, en TAC de control se observa una lesión ureteral izquierda de 1,2 cm, por lo que se realiza una nefrectomía radical que evidencia un carcinoma urotelial papilar. Con la sospecha de una posible relación causal entre el ustekinumab y el PA y ante el hallazgo del segundo tumor primario en el TAC de control, se suspende el tratamiento biológico y se inicia prednisona a dosis bajas, con remisión completa del PA y mejoría de las lesiones de psoriasis, hasta alcanzar PASI 0 en la última revisión.

**Discusión.** Los pacientes con psoriasis tienen más riesgo de sufrir PA. Se han comunicado casos de PA en pacientes a tratamiento con fármacos antiPD-1, como el pembrolizumab. La relación entre el ustekinumab y el PA es ambivalente. Se ha descrito como tratamiento del mismo, pero también hay evidencia de PA tras pocas dosis de ustekinumab. Es controvertida la asociación con neoplasias, habiendo un metaanálisis reciente que ve un aumento significativo de riesgo comparando con controles de misma edad y sexo.

### P70. ANTI IL-17 EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACAS MODERADA/GRAVE: EVALUACIÓN DE SUPERVIVENCIA EN EL TIEMPO, EFICACIA Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA

E. García Martín<sup>a</sup>, R. Romero Jiménez<sup>b</sup>, O. Baniandres Rodríguez<sup>a</sup>, V. Escudero Vilaplana<sup>b</sup>, J. Benedí González<sup>d</sup>, P. Morales de los Ríos Luna<sup>c</sup> y M. Sanjurjo Sáez<sup>b</sup>

*Servicio de Farmacia. <sup>a</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía.*

*<sup>b</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

*<sup>d</sup>Departamento de Farmacología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.*

**Objetivo.** Evaluar la supervivencia, eficacia y seguridad de las terapias biológicas (TB) anti IL-17 (secukinumab, ixekizumab y broda-

lumab) para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada/grave en práctica clínica.

**Material.** Estudio retrospectivo y longitudinal en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes con psoriasis en placas moderada/grave en tratamiento con anti IL-17. Se elaboró una base de datos con variables sociodemográficas (edad y sexo) y farmacoterapéuticas (otras patologías autoinmunes [PA] o comorbilidades, fecha de diagnóstico, TB recibidas, tratamientos previos y concomitantes PASI inicial y final). La supervivencia se analizó con el tiempo hasta suspensión o cambio de TB, eficacia con PASI90 y seguridad con efectos adversos (EA).

**Resultados.** Se incluyeron 38 pacientes (44 TB) (mediana de 47,6 años, 71,1% hombres). El 73,7% presentaban otras PA y el 71,1% otras comorbilidades. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue 20,3 años (RIC 15,4). Anteriormente los pacientes estuvieron en tratamiento con otras terapias sistémicas (media = 2,6 terapias [SD 0,9]). La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta la primera TB fue de 10,6 años (RIC 10,4). La media de TB fue 2,6 (SD 1,8) TB. Veintinueve recibieron secukinumab, 13 ixekizumab y 2 brodalumab. La media de tiempo en tratamiento fue 2,4 años (IC95% 1,9-2,8); 2,5 años (IC95% 2,0-3,0) secukinumab, 1,2 años (IC95% 0,8-1,7) ixekizumab y una mediana de 0,7 años (IQR 0,7) brodalumab. Se suspendieron 12 TB: 10 con secukinumab y 2 con ixekizumab.

El 89,7% de pacientes con secukinumab, 92,3% ixekizumab y 50,0% brodalumab alcanzaron PASI90. EA: 25,0% infecciones del tracto respiratorio superior, 20,8% otras infecciones, 20,8% astenia, 12,5% dolor de cabeza, 4,2% reacciones locales, 4,2% hipertensión y otros. **Conclusiones.** No se encontraron diferencias significativas de supervivencia. Los anti IL-17 constituyen un tratamiento efectivo en psoriasis en placas moderada/grave. Los EA fueron menores y similares.

### P71. PRÁCTICA CLÍNICA CON TILDRAKIZUMAB SERIE DE 7 CASOS CLÍNICOS

S. Santos Alarcón, V.A. González Delgado y V.J. Sabater Abad

*Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.*

**Introducción.** Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal de tipo IgG1/k humanizado que se une de forma específica a la subunidad p19 de la citocina interleucina 23. Actualmente, está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que son candidatos a tratamiento sistémico.

**Objetivo.** El objetivo de esta serie de pacientes en práctica clínica habitual, es el describir resultados de efectividad y seguridad, en pacientes que han recibido tildrakizumab durante un máximo de 60 semanas.

**Material.** Se analizaron 7 pacientes, atendiendo a variables demográficas, de su historia natural y tipo de psoriasis, comorbilidades, efectividad de tratamiento y seguridad tanto a corto como a largo plazo, hasta periodo de seguimiento máximo de paciente.

**Resultados.** Estos 7 pacientes tenían una edad media de 54,42 con un IMC medio de 31,34. Dentro de las comorbilidades presentaban 57,14% de hipertensión arterial, 28,57% de diabetes mellitus, 28,5% de dislipemia. El fenotipo de psoriasis más frecuente era el de psoriasis en placas. Con respecto al tratamiento sistémico clásico previo más del 70% de los pacientes había recibido metotrexato, 5 de 7 pacientes habían recibido una línea de tratamiento biológico previo, y 2 de 7 pacientes habían recibido dos líneas de tratamiento biológico previo. El tiempo de exposición medio de tildrakizumab fue de 42,20 semanas. Los pacientes presentaban un PASI basal medio de 5,7. En la semana 26, de los 4 pacientes que llegaron a su valoración, el 100% alcanzó respuesta PASI < 3; 3 de 4 PASI < 2; y también 3 de 4 PASI < 1. La efectividad, en términos de PASI absoluto fue sostenida a lo largo del seguimiento de los pacientes. Con



respecto a la seguridad, no hubo ningún efecto adverso en ninguno de los 7 pacientes.

**Conclusiones.** Tildrakizumab demuestra un perfil de seguridad favorable y una efectividad mantenida a lo largo de un máximo de 60 semanas en términos de PASI absoluto.

### P72. PACIENTE GRAN OBESO TRATADO CON TILDRAKIZUMAB CON EXCELENTE RESPUESTA

S. Santos Alarcón, V.A. González Delgado y V.J. Sabater Abad

*Servicio de Dermatología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. España.*

**Introducción.** Se conoce que algunas comorbilidades de los pacientes con psoriasis pueden condicionar la respuesta a la terapéutica empleada. Entre ellos el sobrepeso y la obesidad, es un claro ejemplo.

**Caso clínico.** Varón de 48 años, con psoriasis moderado-grave desde los 38 años de edad. Entre sus antecedentes personales relevantes destacaba hipertensión arterial, diabetes mellitus, tipo 2, retraso mental moderado, y gran obesidad con 47,3 de IMC. A lo largo de los años había recibido tratamiento con metotrexato 15 mg/semana (5 meses), ustekinumab 45 mg/12 semanas (21 meses), adalimumab 40 mg/semana (37 meses). En noviembre de 2019, acude a consulta con brote de psoriasis, PASI 11.1, DLQI 17. La decisión terapéutica que se llevó a cabo fue iniciar tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica a dosis de 100 mg. El paciente recibió tratamiento según pauta habitual de 12 semanas con dosis de 100 mg, sin requerir aumento de dosis. En la última visita, semana 48, el paciente presentó PASI 2,4; DLQI: 1.

**Discusión.** Este caso clínico ejemplifica los resultados observados en los ensayos reSURFACE 1 y 2, donde se observa que tildrakizumab obtuvo niveles de eficacia similares independientemente de la estratificación por peso desde la semana 12 hasta la semana 52, perteneciendo nuestro paciente al decil 10, con mayor peso e IMC.

### P73. EFICACIA Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN PACIENTES ONCOLÓGICOS, NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Domínguez Santás, M.A. Ballester Martínez, N. Jiménez Gómez, Á. González Cantero, B. Díaz Guimaraens, A.M. Suárez Valle y P. Jaén Olasolo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramon y Cajal. Madrid. España.*

**Objetivo.** El tratamiento de psoriasis moderada-grave en pacientes con antecedentes oncológicos es un reto debido al limitado arsenal terapéutico disponible. Con este trabajo, pretendemos aportar más información al perfil de seguridad de apremilast en este tipo de pacientes.

**Material y métodos.** Se recopilaron de manera retrospectiva todos los pacientes con psoriasis moderada-grave que recibieron apremilast en un hospital terciario desde el 30 de octubre de 2016 hasta el 30 de noviembre de 2020. Se seleccionó a aquellos que contaban con antecedentes de neoplasias diagnosticadas en los cinco años previos al inicio del tratamiento con apremilast. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, antecedentes oncológicos y variables relativas tanto a la gravedad y evolución de la psoriasis como a la evolución de la enfermedad oncológica.

**Resultados.** Identificamos a 10 pacientes (4 mujeres y 6 varones) con antecedentes oncológicos. De ellos, 7 estaban en remisión completa y 3 presentaban neoplasias activas (un paciente con adenocarcinoma de pulmón, otro con melanoma metastásico -ambos en estadio IV y tratados con inmunoterapia- y un paciente con carcinoma de urotelio vesical estadio I en tratamiento con instilacio-

nes de BCG). Todos recibieron apremilast a dosis de ficha técnica con mejoría parcial, alcanzando 5 de los pacientes respuesta PASI75 y buena tolerancia, salvo 1 paciente que tuvo que suspenderlo por intolerancia digestiva. De los 7 pacientes en remisión completa, ninguno presentó recidiva del tumor primario tras una media de seguimiento de 19,3 meses. Los dos pacientes con enfermedad oncológica avanzada fallecieron a los 10 y 12 meses de tratamiento respectivamente y el paciente con carcinoma vesical continúa estable y en seguimiento oncológico.

**Conclusión.** En nuestra experiencia, aunque limitada, apremilast parece una opción segura y eficaz para el tratamiento de la psoriasis en pacientes con antecedentes oncológicos o enfermedad oncológica activa.

### P74. EL IMPACTO DE LOS EMOLIENTES EN LA PSORIASIS

D. Maroto-Morales, T. Montero-Vilchez, M. Sanchez-Díaz, M. Soler-Góngora, A. Molina Leyva y S. Arias Santiago

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Antecedentes.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica que afecta a la barrera epidérmica. Los emolientes pueden emplearse como tratamiento coadyuvante, pero se desconoce su efecto en la función de la barrera epidérmica de los pacientes con psoriasis.

**Objetivos.** Evaluar el efecto de dos tipos de humectantes (vaselina y crema con base acuosa) en voluntarios sanos y pacientes con psoriasis.

**Material.** Se diseñó un estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron pacientes con psoriasis y voluntarios sanos apareados por edad y sexo. Se midieron la temperatura, la pérdida transepitérmica de agua (TEWL), la hidratación del estrato córneo (SCH), el pH, la elasticidad y el eritema con herramientas no invasivas antes y después del uso de los dos humectantes.

**Resultados.** Se incluyeron 62 participantes en el estudio, 31 pacientes con psoriasis y 31 voluntarios sanos. Los voluntarios sanos presentaron menor TEWL y temperatura que los pacientes con psoriasis mientras que los valores de pH fueron más elevados en los sanos. La SCH fue más baja en las placas psoriásicas que en la piel no afecta (13,44 vs. 30,55 AU;  $p < 0,001$ ) mientras que la TEWL fue más alta (13,23 vs. 8,54  $g \cdot h^{-1} \cdot m^{-2}$ ;  $p < 0,001$ ). La aplicación de emolientes no modificó los parámetros de la función de la barrera epidérmica en los voluntarios sanos. La vaselina disminuyó la TEWL 5,59  $g \cdot h^{-1} \cdot m^{-2}$  ( $p < 0,001$ ) y el eritema 59,33AU ( $p < 0,001$ ). La crema con base acuosa incrementó la SCH 9,44AU ( $p = 0,003$ ) y disminuyó el eritema 58,16AU ( $p < 0,001$ ) en la placa de psoriasis.

**Conclusión.** Los pacientes con psoriasis presentan una disfunción de la barrera epidérmica. La aplicación de emolientes, tanto vaselina como cremas con base acuosa, puede mejorar la piel de los pacientes con psoriasis.

### P75. TRATAMIENTO DE LA ERITRODERMIA PSORIÁSICA CON IXEKIZUMAB. SERIE DE CASOS

L. García Fernández<sup>a</sup>, E. Cutillas Marco<sup>b</sup>, L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>c</sup>, V.J. Sabater Abad<sup>d</sup>, I. Marín Cabañas<sup>e</sup>, C. Soria Martínez<sup>b</sup> y J. Mataix Díaz<sup>f</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>b</sup>Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela. <sup>d</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. <sup>e</sup>Hospital General Universitario de Elda. <sup>f</sup>Hospital Marina Baixa. Alicante. España.*

**Introducción.** La eritrodermia psoriásica es una variante rara y grave de la psoriasis con una prevalencia estimada menor del 3%. Se presenta con una clínica distintiva que incluye un eritema inflama-

torio generalizado que afecta al menos a 75% de la superficie corporal. Los pacientes afectados pueden tener fiebre, mal estado general, artralgias y linfadenopatías. Normalmente se desarrolla en pacientes mal controlados, pero otros factores como infecciones, fármacos y cese brusco de tratamientos pueden desencadenarla. Dada la morbilidad y potencial mortalidad de esta variante, el tratamiento óptimo sería aquel que ofreciera una respuesta rápida y altamente eficaz, sin embargo existe poca evidencia al respecto.

**Métodos.** Se exponen los casos de pacientes diagnosticados de eritrodermia psoriásica que fueron tratados con ixekizumab.

**Resultados.** Se seleccionaron 5 pacientes, 4 varones y una mujer con edades comprendidas entre 19 y 81 años. El tiempo de evolución de sus psoriasis fue de entre 6 meses y 47 años. Cuatro de ellos presentaban una psoriasis en placas de años de evolución y solo uno debutó con una psoriasis de empeoramiento rápido hasta la eritrodermia en meses. Tres relataron posibles desencadenantes. En todos se decidió inicio de ixekizumab en base a su rapidez y eficacia. La respuesta a corto plazo en todos los pacientes fue buena y los dos pacientes con un seguimiento a largo plazo se han mantenido con un PASI < 1.

**Conclusiones.** Las últimas Guías de Consenso de la National Psoriasis Foundation de 2010 recomiendan para el tratamiento de la eritrodermia psoriásica, ciclosporina, infliximab, acitretino y metotrexato, siendo los dos primeros de elección por su rapidez de acción. Sin embargo, desde entonces han aparecido nuevos fármacos que representan opciones rápidas y más seguras. A pesar de la escasa evidencia, ixekizumab ha demostrado eficacia en pequeñas series de pacientes asiáticos. Dicha eficacia se ha observado también en los pacientes de nuestra serie.

#### **P76. PSORIASIS PUSTULOSA TIPO ERITEMA ANULAR CENTRIFUGO TRATADA EXITOSAMENTE CON TILDRAKIZUMAB**

C. Paret-Sanz, Y. Fortuño Ruiz, J. Notario Rosa y L. Martínez Molina

*Servicio de Dermatología. Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona. España.*

**Introducción.** La psoriasis pustulosa es una enfermedad autoinflamatoria crónica que representa un 1% de todos los casos de psoriasis vulgar.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 42 años, con antecedentes patológicos de obesidad, epilepsia, DM II, retraso psicomotor y celiaquía. Presenta una psoriasis en placas en cuerpo y cuero cabelludo desde los 12 años de edad tratada con múltiples fármacos previos, iniciándose metotrexato (MTX) subcutáneo tras un empeoramiento de la psoriasis (PASI 15,2, BSA 16%). A la 2ª dosis de MTX el paciente presenta una reacción cutánea orientada como necrólisis epidérmica tóxica (NET) que requirió valoración por unidad de grandes quemados y posterior ingreso en el hospital, con resolución clínica favorable con corticoides orales. Un año después de este episodio, su psoriasis rebrotó en forma de psoriasis pustulosa tipo eritema anular centrifugo, con un PASI 19,80, BSA 40% y DLQI 12. De acuerdo con la evidencia publicada sobre casos de psoriasis pustulosa exitosamente tratados con anti interleuquina-23, se decidió iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg subcutáneo con inducción a las 4 semanas y posteriormente cada doce. El paciente mejoró rápidamente con un PASI 0 a las 4 semanas de tratamiento y dicha eficacia se mantuvo hasta los 7 meses, por lo que bajo criterio clínico, se desintensificó el fármaco a cada 14 semanas. En la visita de seguimiento el paciente presentó un PASI 0,4, por lo que se intensificó a cada doce, mostrando resolución de las lesiones.

**Discusión.** La transición de una psoriasis en placas a psoriasis pustulosa todavía no es bien conocida. Sabemos que las formas pustulosas de la enfermedad son genotípica y fenotípicamente distin-

tas presentando diferente respuesta a los tratamientos. Tildrakizumab está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que son candidatos a tratamiento sistémico. Este caso describe la eficacia de tildrakizumab en psoriasis pustulosa.

#### **P77. TRATAMIENTO DE PSORIASIS Y ESPONDILOARTROPATÍA PSORIÁSICA CON TILDRAKIZUMAB EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA**

I. Balaguer Franch, E. Hernández de la Torre Ruiz, R. Suárez Fernández y O. Baniandrés Rodríguez

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción.** La introducción de los inhibidores selectivos de la IL23p19 en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave se ha asociado a una alta eficacia mantenida a largo plazo con un buen perfil de seguridad. En las fases de extensión a 5 años de los ensayos clínicos realizados con tildrakizumab, las tasas de tumores malignos fueron similares a placebo. Sin embargo, todavía faltan datos publicados en pacientes con antecedentes de enfermedad maligna que confirmen su seguridad en este grupo de pacientes.

**Caso clínico.** Paciente varón de 55 años conocido en nuestro servicio desde 2008 por psoriasis en placas moderada-grave y espondiloartropatía psoriásica HLA B27 positiva. Entre los tratamientos realizados: ciclosporina, fototerapia UVBbe, acitretino, y adalimumab desde 2013 con muy buen control cutáneo y articular. En 2015, al ser diagnosticado de adenocarcinoma de próstata, se suspende este último. Tras prostatectomía radical y posteriores controles normales, en 2016 se decide inicio de apremilast, con control moderado (PASI de 5.4), por lo que se propone en febrero de 2020 iniciar tildrakizumab 100 mg/12 semanas. Se ha conseguido alcanzar PASI 0 en la semana 20 y ausencia de signos y síntomas de inflamación articular, con excelente tolerancia al fármaco, sin efectos adversos.

**Discusión.** Según estudios recientes, los pacientes con psoriasis parecen presentar mayor riesgo de desarrollar cáncer a lo largo de la vida. Si bien el papel causal de los tratamientos empleados ha sido tema de controversia, no existe actualmente evidencia de que los anti-TNF o ustekinumab en monoterapia puedan aumentar el riesgo de incidencia o recurrencia de tumores sólidos. Por otra parte, los anti-IL-23p19 no parecen estar implicados en la inmunidad antitumoral al no afectar a la respuesta Th1. Actualmente se recomienda valorar caso por caso el uso de anti-IL17 y anti-IL23 p19 en pacientes con antecedentes oncológicos al no haber estudios a largo plazo que confirmen su seguridad.

#### **P78. FACTORES ASOCIADOS CON UNA PUNTUACIÓN DLQI DISTINTA A 0 EN PACIENTES CON PASI = 0. ESTUDIO TRANSVERSAL EN 371 PACIENTES DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PSORIASIS**

A. Docampo Simón<sup>a</sup>, M.J. Sánchez Pujol<sup>a</sup>, L. Schneller-Pavelescu<sup>b</sup>, I. González Villanueva<sup>a</sup> e I. Belinchón Romero<sup>a,c</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAl. <sup>b</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela. <sup>c</sup>Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. Alicante. España.*

**Introducción.** El Dermatology Life Quality Index (DLQI) es el cuestionario de calidad de vida más utilizado en pacientes con psoriasis. La puntuación en esta escala se ha relacionado con la gravedad de la enfermedad. Sin embargo resulta frecuente encontrar puntuaciones DLQI distintas a cero en psoriasis totalmente aclaradas clínicamente.

**Objetivo.** Conocer qué porcentaje de pacientes con psoriasis controlada con Psoriasis Area and Severity Index (PASI) = 0 presentan un DLQI mayor que cero (DLQI > 0) y las variables asociadas a ello.

**Material.** Se realizó un estudio transversal recogiendo todos los pacientes con PASI = 0 presentados en una consulta monográfica de psoriasis entre el 21-07-2020 y el 2-12-2020.

**Resultados.** Durante este periodo acudieron a consulta 371 pacientes. De ellos, 68 (18%, 52,9% mujeres, edad mediana 53 años) presentaron un PASI = 0. La mayoría (91,2%) presentaban psoriasis en placas, y un 94,1% se encontraba en tratamiento sistémico, siendo el más frecuente el adalimumab en un 22,1%. El DLQI y el PASI medianos antes del inicio del tratamiento fueron de 9 y 11 respectivamente. La mediana de tiempo en la que los pacientes presentaban PASI = 0 fue de 3 meses.

Veinte de los pacientes (29%) obtuvieron un DLQI > 0, con una puntuación mediana de 1,5. La pregunta de la escala que más veces obtuvo una puntuación distinta de 0 fue la 1, relativa al prurito, en 16 pacientes. La edad media fue significativamente menor en aquellos pacientes con DLQI > 0 (46,6 vs. 55,8 años). La escala visual analógica de prurito (VASp) fue mayor en pacientes con DLQI > 0 (2,0 vs. 0,1).

No se observaron diferencias significativas en función de sexo, peso, tratamiento o antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

**Conclusiones.** En un importante porcentaje de pacientes una mejoría clínica aparentemente total no traduce una mejoría completa de la calidad de vida. El control del prurito parece ser una necesidad no resuelta en un considerable número de pacientes tratados con fármacos sistémicos.

#### **P79. APREMILAST, 4 AÑOS DESPUÉS: EXPERIENCIA CLÍNICA CON APREMILAST EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRATADOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (2016-2020)**

M.A. Ballester Martínez<sup>a</sup>, N. Jiménez Gómez<sup>a</sup>,  
Á. González Cantero<sup>a</sup>, M. Prieto Barrios<sup>a</sup>, T. Gramage<sup>b</sup>,  
M. Vélez Díaz-Pallares<sup>b</sup> y P. Jaén Olaolo<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Objetivo.** Conocer los datos de eficacia, seguridad y persistencia de apremilast en los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados en el servicio de dermatología de un hospital terciario.

**Material.** Estudio retrospectivo de los datos de las historias clínicas de los pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con apremilast entre el 30 de octubre de 2016 y el 1 de junio de 2020, con al menos 6 meses de seguimiento.

**Resultados.** Ochenta y cinco pacientes con psoriasis en placas moderada-grave (47 hombres, 38 mujeres) comenzaron tratamiento con apremilast. 11 (13%) de ellos asociaban afectación palmoplantar. Su edad mediana fue de 57 años (rango 18-91), con una duración media de la enfermedad de 17,33 años; 70 (82,3%) de los pacientes habían recibido tratamiento sistémico y 6 (7%) fármacos biológicos; 30 pacientes (35,2%) asociaban artritis psoriásica y 10 pacientes (11,7%) antecedentes oncológicos. El PASI medio basal fue de 9,66. Cinco pacientes perdieron el seguimiento. Durante las 16 semanas iniciales de tratamiento, 20 pacientes (25%) suspendieron el tratamiento por intolerancia, fundamentalmente gastrointestinal. Entre los 60 pacientes restantes, 12 (20%) alcanzaron respuesta PASI 50, 11 (18,3%) PASI 75, 8 (13,3%) PASI 90, 12 (20%) PASI 100 y 17 (28,4%) no alcanzaron PASI 50. A los 12 meses de seguimiento, 45 (56,5%) pacientes continuaban con el tratamiento, y a los 24 meses, continuaban 18 (22,5%) con buen control cutáneo. Como eventos adversos graves, se registraron dos éxitos por neoplasia avanzada, diagnosticada antes del inicio del tratamiento, un debut de enfermedad de Crohn y dos hemorragias digestivas leves

resueltas tras la suspensión del tratamiento. No observamos desarrollo de MACES ni tumores de novo durante el seguimiento.

**Conclusiones.** Apremilast es un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con psoriasis moderada-grave, con una tolerancia y persistencia en nuestra serie similar a las publicadas en práctica clínica real.

#### **P80. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO SOBRE EL PRURITO EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA Y GRAVE**

A. Martínez López<sup>a</sup>, T. Montero Vílchez<sup>a</sup>, C. Cuenca Barrales<sup>a</sup>,  
A. Molina Leyva<sup>a</sup> y S. Arias Santiago<sup>a,b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. <sup>b</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.*

**Introducción.** Aunque la descripción clásica de la psoriasis es en forma de placas eritematoescamosas no pruriginosas, entre un 60-90% de los pacientes con esta patología presentan prurito, siendo para los pacientes el principal síntoma subjetivo asociado a la enfermedad y uno de los que más afectación de su calidad de vida produce.

**Objetivos.** Evaluar el efecto sobre el prurito medido mediante escala visual analógica tras 16 semanas de tratamiento con dimetilfumarato.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes con psoriasis moderada y grave que presentaban prurito y que recibieron tratamiento con dimetilfumarato. En todos los pacientes se recogieron variables epidemiológicas de edad, sexo, índice de masa corporal, presencia de lesiones en localizaciones especiales y tabaquismo. Asimismo, se realizó el cálculo del PASI a nivel basal y se practicó una evaluación del prurito a través de una escala visual analógica entre 0 y 10. Estos valores se compararon con los resultados obtenidos a las 6 y a las 16 semanas.

**Resultados.** Se recogieron los datos de 12 pacientes con psoriasis y prurito asociados tratados con dimetilfumarato. La edad media de los pacientes fue de 46,7 años, con un 58,3% de varones y un IMC medio de 28,8. Un tercio de los pacientes eran fumadores y un 41,6% presentaban lesiones de psoriasis en localizaciones especiales. El PASI medio basal fue de 7,5 y los valores medios del EVA previo al inicio del tratamiento fueron de 6,83. A las 6 semanas de inicio del tratamiento se objetivó un PASI medio de 6,05 y una reducción del prurito medido por EVA de 2,08. La dosis media de los pacientes en semana 6 fue de 160 mg al día. Dieciséis semanas después del inicio del tratamiento, el PASI medio fue de 2,35 y el prurito medido por EVA de 1,33.

**Conclusiones.** El tratamiento con dimetilfumarato produce una reducción rápida del valor subjetivo del prurito medido por EVA en pacientes con psoriasis moderada y grave.

#### **P81. EXPERIENCIA CON BRODALUMAB EN FORMAS PUSTULOSAS DE PSORIASIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

E. Molina Figuera, E.R. Martínez Lorenzo, D. Mateos,  
L. Carbonero Jiménez, L. Alonso Naranjo, L.L. Bastante  
y C. Pérez Hortet

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Toledo. España.*

**Objetivo.** Las formas pustulosas de psoriasis son formas clínicas poco frecuentes en las que distintas interleuquinas se han implicado en su fisiopatología. Recogemos y analizamos los primeros datos en práctica clínica real con brodalumab en pacientes con formas pustulosas de psoriasis.

**Material.** Estudio observacional y analítico de los pacientes con formas pustulosas de psoriasis tratados con brodalumab en el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Se recogieron y analizaron los



datos de 3 pacientes relativos a sus características basales, se evaluó la calidad de vida mediante el cuestionario DLQI, la gravedad de la enfermedad mediante el PASI y PGA y la presencia de síntomas.

**Resultados.** De los 3 pacientes estudiados 2 eran hombres y 1 mujer. La forma clínica de presentación de cada uno de ellos fue distinta, una acrodermatitis de Hallopeau, una pustulosis palmo-plantar y una psoriasis pustulosa. Ninguno de ellos presentaba artropatía psoriásica. Todos habían recibido tratamiento sistémico previo, solo uno había recibido tratamiento biológico antes del comienzo de brodalumab. El PASI medio basal fue de 4,93 que se redujo a 3,26 en semana 6 y 0,66 a los 9 meses de tratamiento. El PGA de nuestros 3 pacientes se encontraba por encima de 4 al inicio del tratamiento, no siendo mayor de 2 en ninguno a las 6 semanas de tratamiento y menor de 1 en todos los pacientes tras 9 meses de uso. El DLQI medio basal fue de 11,33, que se redujo a 1 después de 6 semanas, consiguiendo valores de DLQI medio menor de 1 tras 9 meses.

**Conclusiones.** Las formas pustulosas de psoriasis pueden ser resistentes a múltiples líneas terapéuticas. De nuestra serie de pacientes se puede deducir, a falta de más estudios, que el tratamiento con brodalumab puede ser un tratamiento útil para estas formas de psoriasis. Al igual que los resultados obtenidos en los ensayos clínicos de brodalumab, en nuestros pacientes la mejora de los valores PASI y PGA se objetiva desde las primeras 6 semanas de tratamiento y mantenida después de 9 meses.

## P82. ERUPCIÓN ECCEMATOSA DURANTE EL TRATAMIENTO CON IXEKIZUMAB

M. Viñas Arenas, X. García Navarro y M.C. Díaz Sarrió

*Hospital Sant Antoni Abad Vilanova i la Geltrú. Consorci Sanitari Alt Penedès Garraf. Barcelona. España.*

**Caso.** Se trata de una paciente de 68 años afecta de psoriasis grave que había realizado varios tratamientos previos para la psoriasis. Entre ellos cabe destacar metotrexato y apremilast que tuvo que retirar por intolerancia y ustekinumab que retiró por falta de eficacia. En septiembre de 2018 se instaura ixekizumab consiguiendo blanqueamiento completo a los 2 meses de inicio. En marzo de 2020 inicia cuadro eczematoso en cara lateral del cuello, frente y periorcular. Se realiza biopsia donde se objetiva dermatitis espongiótica subaguda. Se instaura tratamiento con corticoides tópicos y emolientes con respuesta parcial y recidivas continuas por lo que se atribuye la erupción eczematosas a ixekizumab y este se retira y se realiza switch a risankizumab en julio de 2020. Desde entonces la paciente persiste blanqueada sin psoriasis y con desaparición de las placas eczematosas.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de erupción eczematosas (que recuerda a la dermatitis atópica) en contexto de ixekizumab y desaparición de la misma al retirar el fármaco. Existen cada vez más evidencias de aparición de dermatitis eczematosas en contexto de anti-IL17 por lo que creemos que es muy importante preguntar por antecedentes de atopía en los pacientes que vayan a iniciar tratamiento con anti-IL-17.

## P83. ERITRODERMIA PSORIÁSICA EN UN BROTE DE POLIARTRITIS DESTRUCTIVA INVALIDANTE

A. Rodríguez-Villa Lario<sup>a</sup>, D. Vega Díez<sup>a</sup>, M. González Cañete<sup>a</sup>, L.E. Pinto Pulido<sup>a</sup>, A. Abbasi Pérez<sup>b</sup>, I. Polo Rodríguez<sup>a</sup>, A.B. Piteiro Bermejo<sup>a</sup>, S. Medina Montalvo<sup>a</sup> y L. Trasobares Marugán<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Varón de 27 años, originario de Venezuela, con antecedentes de glomerulonefritis focal y segmentaria y psoriasis de 9

años de evolución, habiendo sido manejado en su país de origen con tratamientos inmunosupresores múltiples administrados de manera errática e intermitente así como terapia biológica (anti-TNF) que fue suspendida por desabastecimiento nacional en su país de origen. Consulta en Urgencias por un brote de 3 semanas de evolución de lesiones cutáneas con intensa afectación articular acompañado de importante quebrantamiento del estado general y fiebre. En la exploración física destaca erupción eritematodescamativa en forma de gotas milimétricas, confluentes, con placas anulares de mayor tamaño en antebrazos que afectaban a la práctica totalidad de la superficie cutánea con BSA 85%. Afectación de todas las uñas de las manos con onicodistrofia. A nivel articular presentaba una poliartrosis activa que afectaba a ambos carpos y articulaciones metacarpofalángicas de varios dedos. La analítica solicitada evidenció leucocitosis con marcada elevación de los reactantes de fase aguda (PCR, VSG) así como anemia de trastornos crónicos. Radiológicamente destacaba la afectación axial (sacroileitis derecha) y periférica (poliartritis erosiva). Se inició secukinumab 300 mg, con un aceptable control cutáneo tras finalizar la fase de inducción; no así articular, por lo que se modifica el tratamiento a adalimumab quincenal, consiguiendo un buen control en ambas esferas.

**Discusión.** El manejo precoz de las formas agresivas de artropatía psoriásica es de vital importancia para preservar la integridad y actividad funcional articular. Existen dianas inmunológicas que permiten un tratamiento conjunto de la afectación cutáneo-articular, si bien, el grado de respuesta puede no ser igual de satisfactorio para ambas afecciones. Actualmente no existen guías de tratamiento establecidas de indiquen qué tratamiento emplear en primera instancia en estos complejos casos.

## P84. EFICACIA Y SEGURIDAD DE DIMETILFUMARATO EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE DESPUÉS DE 52 SEMANAS DE TRATAMIENTO SEGÚN PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO DIMESKIN 1

E. Daudén<sup>a</sup>, J.M. Carrascosa<sup>b</sup>, P. de la Cueva<sup>c</sup>, L. Salgado-Boquete<sup>d</sup>, I. Pau-Charles<sup>e</sup> y M. Guilà<sup>e</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>c</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>e</sup>Almirall S.A. Barcelona. España.*

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y seguridad de dimetilfumarato (DMF) en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave tras 52 semanas (sem) de tratamiento según práctica clínica.

**Material.** Ensayo clínico fase IV, abierto y multicéntrico (36 centros) de 52 sem. Se incluyen pacientes adultos con psoriasis que han tomado  $\geq 1$  dosis de DMF en condiciones de práctica habitual (población de seguridad, n = 282) y con  $\geq 1$  valor de PASI posbasal disponible (población por intención de tratar [ITT], n = 274). Los análisis de eficacia se realizaron sobre la población ITT con imputación múltiple de datos perdidos.

**Resultados.** El 66,1% eran hombres, media de edad 46,6 años (DE 13,0), tiempo medio desde el diagnóstico 18,2 años (DE 13,6), PASI medio basal 13,3 (DE 5,8). En las sem 24/52, el 46,0%/46,0% alcanzó un PASI 75, el 24,8%/21,9% un PASI 90 y el 10,9%/10,9% un PASI 100. En las sem 24 y 52, los pacientes con PASI  $\leq 5$ ,  $\leq 3$ ,  $\leq 1$  fueron 64,2%, 46,4%, 21,5% y 67,9%, 46,7%, 19,7%. La media de BSA descendió de 17,4% a 6,9% tras 24 sem de tratamiento y a 7,3% tras 52 sem (p < 0,001, ambos). Los pacientes con PGA 0-1 fueron 42,9%/49,5% a las 24/52 sem. La media de la Escala Visual Analógica de prurito descendió de 6,9 a 3,5/3,3 tras 24/52 sem (p < 0,001, ambos). En las sem 24/52, el 61,3%/73,4% presentó un DLQI  $\leq 5$  y el 34,7%/32,1% un DLQI 0-1. Los acontecimientos adversos (AA, n = 1586) más frecuentes fueron trastornos gastrointestinales (41,6%), rubefacción (10,8%) y linfopenia (6,9%). La mayoría de AA

fueron de intensidad leve (69,2%) o moderada (27,1%) y no obligaron a interrumpir el tratamiento. La tasa de abandono por AA fue del 51,3% y del 6,1% por falta de eficacia.

**Conclusiones.** Dimetilfumarato mejora significativamente los principales índices de gravedad y extensión, así como el prurito y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis moderada-grave tras 24 sem de tratamiento, manteniéndose hasta las 52 sem. El perfil de seguridad de DMF es similar al descrito para los fumaratos.

### P85. DISMINUCIÓN DEL PRURITO EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE TRATADOS CON DIMETILFUMARATO SEGÚN PRÁCTICA CLÍNICA: ANÁLISIS POST HOC DEL ESTUDIO DIMESKIN 1

E. Daudén<sup>a</sup>, J.M. Carrascosa<sup>b</sup>, P. de la Cueva<sup>c</sup>, L. Salgado-Boquete<sup>d</sup>, I. Pau-Charles<sup>e</sup> y M. Guilà<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>c</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>e</sup>Almirall S.A. Barcelona. España.

**Objetivo.** Evaluar la evolución del prurito en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave tratados con dimetilfumarato (DMF) según práctica clínica durante 52 semanas (sem).

**Material.** Análisis *post hoc* del ensayo clínico fase IV, abierto y multicéntrico (36 centros en España) de 52 sem de duración. Se incluyen pacientes adultos con psoriasis crónica en placas moderada-grave que han tomado  $\geq 1$  dosis de DMF en condiciones de práctica habitual, con  $\geq 1$  valor de PASI posbasal disponible (población por intención de tratar [ITT],  $n = 274$ ) y Escala Visual Analógica (EVA) de prurito (donde "No prurito" = 0 y "Prurito grave" = 10) basal  $\geq 3$  ( $n = 254$ ). Se presentan los resultados de eficacia para los datos disponibles, sin imputación de datos ausentes.

**Resultados.** El 66,1% de la población ITT eran hombres, media de edad 46,6 años (DE 13,0), tiempo medio desde el diagnóstico 18,2 años (DE 13,6). La mediana de la EVA de prurito descendió de 8,0 a 6,0 tras 4 sem de tratamiento con DMF, a 4,0 tras 12 sem, a 2,0 tras 24 sem y a 1,0 tras 52 sem. Los porcentajes de pacientes con una EVA de prurito  $< 3$  fueron 8,4%/33,9%/56,8%/64,7% a las 4/12/24/52 sem. La mediana de BSA descendió de 14,0% a 6,2% tras 12 sem, a 2,0% tras 24 sem y a 0,8% tras 52 sem. La mediana del PASI absoluto descendió de 12,0 a 4,5 tras 12 sem, a 2,0 tras 24 sem y a 1,2 tras 52 sem. En las sem 12/24/52, el 37,1%/61,1%/82,4% alcanzó un PASI 75, el 14,0%/39,6%/51,5% un PASI 90 y el 5,4%/20,1%/38,2% un PASI 100. Los porcentajes de pacientes con PGA 0-1 fueron 33,2%/58,7%/81,8% a las 12/24/52 sem, respectivamente.

**Conclusiones.** Dimetilfumarato mejora el prurito asociado a la psoriasis moderada-grave ya desde la sem 4 de tratamiento. Más de la mitad de los pacientes no tenía prurito o era muy leve (EVA de prurito  $< 3$ ) después de 24 sem de tratamiento con DMF (dos tercios después de 52 sem). Asimismo, DMF mejoró los principales índices de gravedad y extensión tras 24 sem de tratamiento, aumentando la mejoría tras 52 sem.

### P86. SEGURIDAD Y CAUSAS DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO CON DIMETILFUMARATO EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO DIMESKIN 1

E. Daudén<sup>a</sup>, J.M. Carrascosa<sup>b</sup>, P. de la Cueva<sup>c</sup>, L. Salgado-Boquete<sup>d</sup>, E. Fonseca<sup>e</sup>, I. Pau-Charles<sup>f</sup> y M. Guilà<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>c</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>d</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>e</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. <sup>f</sup>Almirall S.A. Barcelona. España.

**Objetivo.** Evaluar la seguridad y causas de abandono del tratamiento con dimetilfumarato (DMF) a lo largo de 52 semanas (sem) en condiciones de práctica habitual en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave.

**Material.** Ensayo clínico fase IV, abierto y multicéntrico (36 centros en España) de 52 sem. Se incluyen pacientes adultos con psoriasis moderada-grave que han tomado  $\geq 1$  dosis de DMF según ficha técnica (FT), con incrementos graduales de dosis durante las primeras 9 sem (población de seguridad,  $n = 282$ ) y con  $\geq 1$  valor de PASI posbasal disponible (población por intención de tratar [ITT],  $n = 274$ ).

**Resultados.** El 66,1% eran hombres, media de edad 46,6 años (DE 13,0), tiempo medio desde el diagnóstico 18,2 años (DE 13,6). Durante todo el periodo de estudio se registraron un total de 1586 acontecimientos adversos (AA) en 272 pacientes. Los AA más frecuentes fueron los trastornos gastrointestinales (GI) (41,6%), principalmente diarrea (16,0%) y dolor abdominal (12,3%), seguido de molestia abdominal (2,8%), vómitos (2,7%) y náuseas (2,5%). Otros AA frecuentes fueron rubefacción (10,8%) y linfopenia (6,9%). La mayoría de los AA fueron de intensidad leve (69,2%) o moderada (27,1%), con una recuperación completa (82,3%) y no obligaron a interrumpir el tratamiento de forma temporal ni permanente (87,4%). El 51,3% de los abandonos de la población ITT fue por AA clínicamente significativo ( $n = 101$ ) y de estos, el 47,5% ( $n = 48$ ) por trastornos GI (la mayoría [ $n=45$ ] ocurridos antes de la sem 12) y el 41,6% ( $n = 42$ ) por linfopenia (la mayoría [ $n=41$ ] a partir de la sem 12).

**Conclusiones.** Los trastornos GI al inicio del tratamiento con DMF, durante el periodo de aumento de dosis según FT, y linfopenia a partir de la sem 12 son las principales causas de abandono. Probablemente, un ajuste individualizado de la dosis de DMF en función de su tolerancia y efectividad permita reducir los abandonos por estos motivos. El perfil de seguridad de DMF es similar al ya descrito para los fumaratos.

### P87. EMBARAZO Y MATERNIDAD: ESTUDIO PARA EXPLORAR LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES DE LAS MUJERES CON PSORIASIS

S. Ros Abarca, A. López Ferrer, E. Vilarrasa Rull y L. Puig Sanz

Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

**Objetivo.** Optimizar el manejo de las mujeres en edad fértil con psoriasis teniendo en cuenta sus necesidades y preocupaciones entorno a la maternidad, con la elaboración de un cuestionario que permita derivarlas a la intervención más adecuada de forma fácil, rápida y eficaz.

**Material.** Estudio cualitativo descriptivo en mujeres con psoriasis moderada-grave con edades entre 18 y 45 años. Se establecerán dos grupos focales de 8-10 mujeres cada uno: Grupo A: formado por mujeres con psoriasis que ya han pasado por un embarazo. Grupo B: formado por mujeres con psoriasis con intención de quedarse embarazadas.

**Resultados.** El sexo femenino se ha asociado a una mayor carga de la psoriasis, siendo superiores los niveles de estrés, infelicidad, soledad, estigmatización y actividad sexual reducida en las mujeres. Estos factores, junto con los miedos e inseguridades de las pacientes entorno al embarazo y la lactancia, se han relacionado con una tasa de fecundidad de las mujeres con psoriasis en edad fértil menor a la mitad que la de las mujeres de la población española de la misma edad. Esto pone de manifiesto la necesidad de establecer un diálogo entre especialistas y pacientes en edad fértil en relación al manejo de la enfermedad, los tratamientos y la planificación familiar. En el presente estudio, se explorarán las necesidades y preocupaciones de las mujeres con psoriasis entorno a la maternidad a través de grupos focales y se elaborará un cuestionario dirigido a

mujeres con psoriasis que los dermatólogos podrán usar en sus consultas que permita mejorar su manejo y derivación.

**Conclusiones.** Este estudio revelará las inquietudes reales de las mujeres con psoriasis en edad fértil (que no tienen por qué coincidir con las prioridades clínicas). Esto permitirá un mejor abordaje de estas pacientes con psoriasis en las consultas de dermatología y así minimizar el impacto de la enfermedad en su sexualidad y maternidad.

### P88. PSORIASIS TRATADA CON IXEKIZUMAB EN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

D. Rodríguez Baeza, S. Blanco Barrios, D. Revilla Nebreda, L. Revelles Peñas y C. Román Curto

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Introducción.** Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinante indicado para psoriasis en placas, artritis psoriásica y espondiloartropatía axial en pacientes adultos con respuesta insuficiente o intolerantes a uno o más tratamientos sistémicos clásicos. Presentamos el caso clínico de un paciente con antecedentes de esquizofrenia y psoriasis de 20 años de evolución resistente a varias líneas de tratamiento que mejora tras tratamiento con ixekizumab.

**Caso clínico.** Paciente de 43 años con antecedente de psoriasis desde hace 20 años y esquizofrenia de reciente debut. Había realizado tratamiento tópico con buen control durante años. Sin embargo, tras ingresar en la unidad de psiquiatría por brote psicótico, las lesiones de psoriasis se generalizaron. El paciente consulta en Dermatología un mes más tarde sin tratamiento alguno y con más del 80% de la superficie corporal afectada. Se decide entonces iniciar ciclosporina oral, que se mantiene durante 3 semanas con escasa respuesta. El paciente presentaba PASI 31,1, con grandes placas en región lumbar y dorsal, cuero cabelludo, hiperqueratosis palmo-plantar y distrofia ungueal de las 20 uñas, por lo que se suspende la ciclosporina y se inicia ixekizumab con 160 mg de inducción, 80 mg en las semanas 2-4-6-8-10-12 y, finalmente, 80 mg cada 4 semanas. Se observa rápida mejoría con el paso de las semanas, sin efectos secundarios a pesar del consumo ocasional de alcohol. En la última revisión presenta PASI 0, y gran mejoría de su psoriasis ungueal, creciendo uñas sanas de nuevo aunque permaneciendo hiperqueratosis y onicólisis distal.

**Discusión.** Lo característico de este caso ha sido no solo la respuesta prácticamente total (PASI 31,1 a PASI 0) si no la rápida respuesta. Hay estudios en la literatura que van en concordancia con este caso, mostrando eficacia y rapidez en pacientes no respondedores a otros biológicos o para situaciones donde premia la rapidez como en la psoriasis eritrodérmica o en la pustulosa.

### P89. PSORIASIS PARECE, DERMATOMIOSITIS ES. DERMATOMIOSITIS PARECE, PSORIASIS ES

M. Medina Migueláñez, M. Roncero Riesco, A.M. Conzález Pérez, L. Puebla Tornero, N. Segurado Tostón, S. Blanco Barrios y C. Román Curto

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Objetivos.** En ocasiones el espectro de manifestaciones clínicas que acompañan a la dermatomiositis (DM) es amplio y puede confundirse con otras enfermedades como psoriasis, eccema o líquen plano. Nuestros objetivos son presentar dos casos de dermatomiositis anti-MDA-5 con clínica de lesiones psoriasiformes.

**Resultados.** Caso 1: niña de 11 años que acude por lesiones de aspecto psoriasiforme en región de codos y rodillas de 2 meses

de evolución acompañado de artralgiyas y sensación de rigidez en ambas manos. La paciente fue diagnosticada inicialmente de psoriasis en consulta de reumatología privada. A la exploración, además presenta pápulas de gottron y eritema de heliotropo muy sutil en los párpados superiores. Se realiza biopsia de una lesión de codo izquierdo, que muestra hallazgos compatibles con DM. Caso 2: mujer de 20 años, diagnosticada de DM de 2 años de evolución, derivada desde reumatología por brotes de lesiones eritematodescamativas en región ciliar, surcos nasogenianos y en región de cuero cabelludo de 1 año de evolución. La paciente no refería historia personal ni familiar de psoriasis ni de reumatismos inflamatorios. Dado que las características de las lesiones orientaban a una psoriasis sobreañadida, se realizó biopsia de cuero cabelludo, con resultado compatible con psoriasis.

**Conclusiones.** Se define como signo de gottron a la presencia de placas eritematodescamativas rosadas o violáceas que afectan a superficie de extensión de articulaciones codos, rodillas o tobillos. Estas lesiones en ocasiones pueden adoptar un aspecto psoriasiforme e interpretarse erróneamente de psoriasis, como ocurrió en el caso 1. Por otro lado, establecer el diagnóstico en el caso 2 es complejo dado que son escasos los casos de DM y psoriasis en un mismo paciente publicados en la literatura. Además, la DM puede cursar con cambios psoriasiformes en cuero cabelludo y con atropatía que puede simular artritis psoriásica.

### P90. ESTUDIO DE UNA SERIE DE CASOS DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

F. Moro Bolado, M. Rogel Vence, M. Carmona Rodríguez, M. Prado Sánchez Caminero, J.L. Santiago Sánchez-Mateos, L. González Ruiz, C. Mendoza Chaparro, J. A. Garrido Martín y G. Romero Aguilera

*Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España.*

**Objetivo.** Revisión de una serie de casos de leishmaniasis cutánea en pacientes tratados con anti-TNF, y comparación con series de la literatura.

**Método.** Estudio observacional descriptivo de pacientes del HGUCR en tratamiento con fármacos anti-TNF durante el periodo 2010-2020 y diagnóstico confirmado de leishmaniasis cutánea.

**Resultados.** Se recogen un total de seis casos correspondientes a cinco pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF, en los que se diagnosticó leishmaniasis cutánea. En todos los casos el diagnóstico de leishmaniasis cutánea se realizó mediante técnicas moleculares de PCR dirigidas a identificar el ADN del parásito en la lesión cutánea; en cuatro de las seis infecciones además del diagnóstico molecular se obtuvo un diagnóstico histopatológico positivo. En todos los casos la PCR para leishmaniasis en sangre periférica fue negativa. En el momento del diagnóstico, todos los pacientes se encontraban en tratamiento con anti-TNF (cinco con adalimumab y uno con infliximab) por diferentes indicaciones: dos enfermedad de Crohn, uno artritis reumatoide, uno espondilitis anquilosante y uno psoriasis. Tras el diagnóstico de leishmaniasis, los pacientes con artritis reumatoide y psoriasis suspendieron el tratamiento con adalimumab. Los otros tres pacientes mantuvieron la terapia durante la infección por Leishmania. Todos los pacientes fueron tratados con antimonio de meglubina intralesional, siendo la evolución favorable.

**Conclusiones.** Durante los últimos años el incremento en la utilización de terapias con fármacos anti-TNF y la posibilidad de detección de infecciones cutáneas por leishmaniasis mediante técnicas



moleculares, han propiciado un aumento de la publicación de series de casos analizando dicha relación. Parece necesario ampliar el estudio con series de un mayor número de pacientes, analizando la posible correlación entre el tratamiento anti-TNF e infecciones por Leishmania y el diseño de protocolos específicos de diagnóstico y tratamiento.

### P91. ACRODERMATITIS CONTINUA DE HALLOPEAU REFRACTARIA CON RESPUESTA COMPLETA A TRATAMIENTO CON BRODALUMAB

E.J. Tarín Vicente, L. Quintana Castanedo, K. Magaletskyy Kharachko, K. Krasnovska, J.M. Busto Leis, G. Servera Negre y M.L. Alonso Pacheco

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Objetivo.** La acrodermatitis continua de Hallopeau (ACH) se considera una variante de psoriasis pustulosa de difícil manejo terapéutico. Hemos encontrado en la literatura tres casos que documentan el éxito de tratamiento de ACH con brodalumab, incluso tras un fracaso previo de otros inhibidores de IL-17.

**Material.** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

**Resultados.** En la ACH, como en otras variantes de psoriasis pustulosa, se han documentado mutaciones del gen que codifica para el antagonista del receptor de la IL-36 (IL36RN), jugando un papel patogénico la hiperactivación temprana de la inmunidad innata mediante la activación de la vía IL-1/IL-36/neutrófilos. En la psoriasis pustulosa generalizada, la señalización por IL-36 no regulada por el antagonista IL-36Ra en asociación con ciertos alelos de HLA de clase II promueve respuestas patogénicas Th17. Además, existen estudios que han demostrado una mayor expresión tanto de IL-17A y como de IL-17F en las lesiones de la pustulosis palmoplantar. Esto explicaría la eficacia de brodalumab en el tratamiento de esta forma de psoriasis pustulosa: al ser un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de IL-17 (IL-17RA), es capaz de bloquear la unión de IL-17A y también de su isoforma IL-17F.

**Conclusiones.** Presentamos el cuarto caso clínico de ACH sin respuesta a múltiples tratamientos previos, con respuesta completa a brodalumab. Consideramos que, dada la favorable experiencia reportada en la literatura, apoyada por bases fisiopatológicas, brodalumab podría ser una opción de primera línea en casos de ACH que precisen tratamiento con fármacos biológicos.

### P92. EL POTENCIAL DEL BLOQUEO DE INTERLEUQUINA 17 EN PACIENTES PSORIÁSICOS CON ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

J.M. Carrascosa<sup>a</sup> y A. Olveira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona.* <sup>b</sup>*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

La psoriasis (Pso), en particular en las formas moderadas y graves, se asocia con múltiples comorbilidades, particularmente en los ámbitos cardiovascular y metabólico tales como el hígado graso no alcohólico (EHGNA). El espectro del EHGNA incluye la esteatosis (exceso de grasa en el hígado), que puede progresar hasta la esteatohepatitis no alcohólica, la fibrosis avanzada e incluso la cirrosis. La esteatosis afecta a más del 50% de los pacientes con Pso. En un estudio reciente se objetivó riesgo de fibrosis avanzada entre el 26,2% y el 37,2% de los pacientes con Pso moderada grave

tratados con MTX medido con scores no invasivos validados. El vínculo patogénico entre la Pso y la EHGNA es la inflamación crónica y la resistencia periférica a la insulina, un hallazgo común en las enfermedades asociadas a la Pso. En modelos experimentales, los inhibidores de interleuquina (IL)17 restauran la resistencia a la insulina y previenen la inflamación de EHGNA, mejoran la esteatosis hepática y podrían dificultar el paso de la esteatosis a la esteatohepatitis. En modelos murinos con EHGNA inducido se ha demostrado la mejoría de la función hepática, la atenuación en el acúmulo de lípidos hepáticos y una disminución de los niveles de citoquinas proinflamatorias. Sin embargo, la evidencia clínica aún es escasa. En ensayos clínicos comparativos y en práctica clínica real en Pso, el uso de secukinumab, un anticuerpo anti-IL17A, ha demostrado la ausencia de impacto o un impacto favorable en parámetros metabólicos y hepáticos, a diferencia de metotrexato y etanercept, comparadores activos de dichos estudios. IL-17 es relevante en el control de muchas enfermedades inmunomediadas y, por lo tanto, es una diana terapéutica atractiva para EHGNA. Actualmente solo hay un estudio clínico en curso (PINPOINT) en el que se explorará el beneficio potencial de un biológico para la Pso -secukinumab- sobre la inflamación hepática en pacientes con Pso y EHGNA.

### P93. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO DE RISANKIZUMAB EN PACIENTES NAIVE A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J. Magdaleno Tapial<sup>a</sup>, L. Martínez Casimiro<sup>b</sup>, V.A. Alegre de Miquel<sup>c</sup>, P. Hernández Bel<sup>c</sup>, J.L. Sánchez Carazo<sup>c</sup>, A. Mateu Puchades<sup>d</sup>, F. Toledo Alberola<sup>e</sup>, F. Valcuende Caveró<sup>f</sup>, M. Pino Gil Mateo<sup>g</sup>, V.A. González Delgado<sup>h</sup> y J.M. Ortiz Salvador<sup>c</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital de Sagunto. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>c</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>d</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. <sup>e</sup>Hospital General Universitario de Elche. Alicante. <sup>f</sup>Hospital Universitario de La Plana. Villarreal. Castellón. <sup>g</sup>Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. España.*

**Introducción.** Risankizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-IL23 p19 aprobado para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en adultos que son candidatos a terapia sistémica en segunda línea de tratamiento, tras respuesta inadecuada, contraindicación o intolerancia a tratamientos sistémicos convencionales o fototerapia. Varios ensayos clínicos han demostrado su eficacia y seguridad en pacientes naive y no a terapias biológicas. Sin embargo, hasta la fecha, los datos publicados en condiciones de práctica clínica real son limitados.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en pacientes con psoriasis naive a fármacos biológicos tratados con risankizumab entre mayo y noviembre de 2020 en 7 centros hospitalarios españoles.

**Resultados.** Se han incluido en el análisis 10 pacientes tratados con risankizumab naive a tratamientos biológicos, 6 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 57,6 años. Entre las comorbilidades destacaban obesidad en 5 pacientes, siendo 2 obesos mórbidos, 3 pacientes presentaban trastorno bipolar, 2 eventos cardiovasculares y otros 2 tuberculosis latente sin quimioprofilaxis. Seis pacientes presentaban una psoriasis vulgar en placas, 2 psoriasis con afectación predominante de cuero cabelludo y otros 2 psoriasis palmo-plantar. El PASI medio fue de 12,5 y el DLQI medio de 15,8. Cinco pacientes no habían empleado ningún fármaco sistémico previamente al tratamiento con risankizumab. El tiempo medio de seguimiento fue de 101 días. De los 5 pacientes de los que se dispone seguimiento, 4 de ellos alcanzaron un PASI < 1 a las 8 semanas de tratamiento y uno está en PASI 0 a las 24 semanas de

tratamiento. No se detectaron eventos adversos en el periodo de seguimiento de estos pacientes salvo 1 paciente que desarrolló una erupción eczematosa leve que no llevó a suspensión del tratamiento.

**Conclusión.** Estos datos preliminares demuestran que risankizumab es una opción terapéutica prometedora en pacientes con psoriasis naïve a biológicos.

#### **P94. MEJORAS A LARGO PLAZO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS TRATADOS CON CERTOLIZUMAB PEGOL: RESULTADOS DE LOS ENSAYOS FASE III CIMPASI-1 Y CIMPASI-2**

A. Sahuquillo Torralba<sup>a</sup>, D. Thaçi<sup>b</sup>, A. Blauvelt<sup>c</sup>, K. Reich<sup>d</sup>, R. B. Warren<sup>e</sup>, V. Pigué<sup>f,g</sup>, F. Brock<sup>h</sup>, F. Fierens<sup>i</sup>, V. Ciaravino<sup>j</sup> y M. Lebowh<sup>k</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España. <sup>b</sup>Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University Hospital of Lübeck. Alemania. <sup>c</sup>Oregon Medical Research Center. Portland, OR. EE. UU. <sup>d</sup>Center for Translational Research in Inflammatory Skin Diseases. Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf y SkinInflammation® Center. Hamburgo. Alemania. <sup>e</sup>Dermatology Centre. Salford Royal NHS Foundation Trust. Manchester NIHR Biomedical Research Centre. The University of Manchester. Reino Unido. <sup>f</sup>Division of Dermatology. Department of Medicine. University of Toronto. <sup>g</sup>Division of Dermatology. Department of Medicine. Women's College Hospital. Toronto, ON, Canadá. <sup>h</sup>UCB Pharma. Slough. Reino Unido. <sup>i</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. <sup>j</sup>UCB Pharma. Colombes. Francia. <sup>k</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. NY. EE. UU.

**Antecedentes.** La psoriasis (PSO) puede afectar negativamente a la calidad de vida relacionada con la salud (CdVRS). Se han notificado mejoras duraderas en la CdVRS durante 48 semanas (sem.) de tratamiento con certolizumab pegol (CZP) usando el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI). Se presentan los datos del cuestionario de salud abreviado de 36 ítems (SF-36) para evaluar la CdVRS.

**Métodos.** Los datos se agruparon de los ensayos en fase III CIMPASI-1 (NCT02326298) y CIMPASI-2 (NCT02326272). Los adultos con PSO  $\geq$  6 meses (PASI  $\geq$  12,  $\geq$  10% de SC afectada, PGA  $\geq$  3) fueron aleatorizados en una proporción 2:2:1 al tratamiento doble ciego con CZP 200 mg cada 2 sem. (C2S) (dosis de inicio de 400mg en las sem. 0/2/4), CZP 400mg C2S o placebo (PBO). En la semana 16, los pacientes sin respuesta PASI50 entraron en un brazo de escape sin enmascaramiento de CZP 400mg C2S. En la semana 48, todos los pacientes tratados con CZP doble ciego recibieron CZP 200 mg C2S sin enmascaramiento. Notificamos el cambio medio desde el inicio (CdI) en los 8 dominios del SF-36 durante las sem. 0 a 144 (caso observado).

**Resultados.** En la semana 0, los pacientes fueron aleatorizados a CZP 200mg C2S (n = 186), CZP 400mg C2S (n = 175) o PBO (n = 100). Los valores iniciales de SF-36 fueron similares entre los grupos de tratamiento en todos los dominios. Los aumentos en las puntuaciones medias de los dominios del SF-36 desde el inicio fueron rápidos en los pacientes que recibieron CZP, con mejoras a partir de la semana 8. Las mejoras en la semana 16 fueron mayores en los pacientes tratados con CZP en comparación con PBO en todos los dominios y duraron hasta la semana 144. En la semana 48, se observaron mayores mejoras con respecto al inicio en todos los dominios mentales entre los pacien-

tes que recibieron CZP 400mg C2S en comparación con CZP 200mg C2S.

**Conclusión.** Se observaron mejoras en todos los dominios del SF-36 a partir de la primera evaluación en la semana 8, que por lo general duraron hasta la semana.

#### **P95. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB FRENTE A ADALIMUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DE UN ENSAYO FASE III, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO (BE SURE)**

A. López Ferrer<sup>a</sup>, R. B. Warren<sup>b</sup>, A. Blauvelt<sup>c</sup>, J. Bagel<sup>d</sup>, K. A. Papp<sup>e</sup>, P. Yamauchi<sup>f,g</sup>, A. Armstrong<sup>h</sup>, R. Langley<sup>i</sup>, V. Vanvoorden<sup>j</sup>, L. Peterson<sup>k</sup>, D. De Cuyper<sup>k</sup>, N. Cross<sup>k</sup> y K. Reich<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. España. <sup>b</sup>Dermatology Centre. Salford Royal NHS Foundation Trust. Manchester NIHR Biomedical Research Centre. The University of Manchester. Reino Unido. <sup>c</sup>Oregon Medical Research Center. Portland, OR. <sup>d</sup>Psoriasis Treatment Center of Central New Jersey. East Windsor, NJ. EE. UU. <sup>e</sup>Probit Medical Research and K Papp Clinical Research. Waterloo, ON. Canadá. <sup>f</sup>Dermatology Institute and Skin Care Center. Santa Mónica, CA. <sup>g</sup>Division of Dermatology. David Geffen School of Medicine at University of California. Los Ángeles, CA. <sup>h</sup>Keck School of Medicine of USC. Dermatology. Los Ángeles, CA. EE. UU. <sup>i</sup>Dalhousie University. Halifax, NS. Canadá. <sup>j</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. <sup>k</sup>UCB Pharma. Raleigh, NC. EE. UU. <sup>l</sup>Center for Translational Research in Inflammatory Skin Diseases. Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf and SkinInflammation® Center. Hamburgo. Alemania.

**Antecedentes.** Bimekizumab (BKZ) es un anticuerpo monoclonal IgG1 que inhibe de forma selectiva la IL-17F y la IL-17A.

**Métodos.** En BE SURE(NCT03412747) los pacientes fueron aleatorizados en una proporción 1:1:1 a BKZ 320mg cada 4 sem. (C4S) durante 56 sem., BKZ 320mg C4S durante 16 sem. y después BKZ 320mg cada 8 sem. (C8S) hasta la semana 56, adalimumab (ADA) 40 mg cada 2 sem. (C2S) durante 24 sem., y después BKZ 320 mg C4S hasta la semana 56. Objetivos primarios: PASI90 e IGA0/1 en la semana 16. Objetivos secundarios: PASI90 e IGA0/1 en las semanas 24/56; PASI100 en las semanas 16/24.

**Resultados.** Se aleatorizaron los pacientes a BKZ 320 mg C4S (n = 158), BKZ 320 mg C4S/C8S (n = 161), o ADA 40 mg C2S/BKZ 320 mg C4S (n = 159). En la semana 16, hubo más pacientes que alcanzaron PASI90 e IGA0/1 con BKZ (86,2% y 85,3%) que con ADA (47,2% y 57,2%); el 60,8% de los pacientes que recibieron BKZ alcanzaron PASI100 frente al 23,9% de los que recibieron ADA. Las tasas de respuesta para todos los grupos de tratamiento con BKZ se mantuvieron hasta la semana 56. En los pacientes aleatorizados a ADA, las tasas de respuesta aumentaron después del cambio a BKZ 320 mg C4S en la semana 24; en la semana 56, las tasas de respuesta fueron comparables a las de los pacientes que recibieron BKZ desde la semana 0. Hasta la semana 24, los AAST y los AAST graves fueron comparables para los pacientes que recibieron BKZ (71,5% y 1,6%, respectivamente) y ADA (69,8% y 3,1%). No hubo casos de ideación suicida, enfermedad inflamatoria intestinal o acontecimientos adversos cardiacos importantes en los pacientes tratados con BKZ.

**Conclusión.** Se observaron niveles superiores de aclaramiento cutáneo con BKZ en comparación con ADA. Las respuestas clínicas fueron duraderas hasta la semana 56, independientemente de la dosis de mantenimiento de BKZ C4S o C8S. El cambio de ADA a BKZ dio lugar a aumentos rápidos de las tasas de respuesta PASI90, PASI100 e IGA0/1.

### P96. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES DE 18 A 45 AÑOS DE EDAD: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN 11 PAÍSES DE EUROPA

M. García Bustinduy<sup>a</sup>, S. McBride<sup>b</sup>, M. Concetta Fagnoli<sup>c</sup>, A.-C. Fougousse<sup>d</sup>, L. Catton<sup>e</sup>, L. Senturk<sup>f</sup>, C. Ecoffet<sup>g</sup>, J. Koren<sup>h</sup> y A. Titalii<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Universidad de La Laguna. San Cristobal de La Laguna. España. <sup>b</sup>Royal Free London NHS Foundation Trust. Londres. Reino Unido. <sup>c</sup>University of L'Aquila, Italia. <sup>d</sup>GEM ResoPso. Hôpital d'Instruction des Armées Bégin. Saint-Mandé. Francia. <sup>e</sup>UCB Pharma. Slough. Reino Unido. <sup>f</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. <sup>g</sup>EUROPSO. Polzela. Eslovenia.

<sup>h</sup>International Federation of Psoriasis Associations. Estocolmo. Suecia.

**Antecedentes.** La enfermedad psoriásica afecta negativamente a los pacientes que la padecen, pero este impacto puede ser mayor en las mujeres que en los hombres. Este estudio evaluó el impacto de la psoriasis (PSO) y/o la artritis psoriásica (APs) en el ámbito psicológico, profesional, social y, de planificación familiar y embarazo (PFE) en mujeres en edad fértil.

**Métodos.** Se recogieron pacientes mujeres miembros de IFPA y EUROPSO de 18 a 45 años de edad que completaron una encuesta *online*. Los resultados se presentan como la proporción de mujeres que respondió a cada pregunta. Las preguntas utilizaron escalas de Likert del 1 al 7 (1-2: en desacuerdo; 3-5: neutral; 6-7: de acuerdo), o escalas cualitativas.

**Resultados.** Respondieron 573 mujeres residentes en Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, España, Suecia y el Reino Unido (PSO:236; APs:173; PSO+APs:164). En total (n=553), el 14% estaban intentando concebir/esperaban empezar pronto, el 5% estaban embarazadas y el 31% habían dado a luz en los últimos 5 años. El 27% (124/516) estaban de acuerdo en considerar la adopción y el 34% estaban de acuerdo con tener una familia más pequeña (o no tener descendencia) debido a la PSO/APs. El 11% no tenían hijos y habían decidido mantener esa decisión. Más de una tercera parte de las mujeres (n = 516) notificaron preocupaciones sobre su capacidad para cuidar de un bebé (41%), cómo afectaría su medicación al feto (40%) y la fertilidad (39%). Alrededor del 25% de las mujeres que estaban embarazadas/habían dado a luz (n = 199) manifestaron un apoyo insuficiente a lo largo de su embarazo y, más de la mitad refirieron un nivel bajo/moderado de apoyo por parte de los profesionales médicos que trataban su afección y su embarazo.

**Conclusiones.** Las mujeres con enfermedad psoriásica refirieron un impacto negativo sobre la PFE e insatisfacción con sus redes de apoyo, lo cual pone de manifiesto una necesidad no cubierta.

### P97. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS: RESULTADOS DE BE READY, UN ESTUDIO FASE III, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO DE 56 SEMANAS DE DURACIÓN

L. Salgado-Boquete<sup>a</sup>, K. Gordon<sup>b</sup>, P. Foley<sup>c</sup>, J. Krueger<sup>d</sup>, A. Pinter<sup>e</sup>, K. Reich<sup>f</sup>, R. Vender<sup>g</sup>, V. Vanvoorden<sup>h</sup>, C. Madden<sup>i</sup>, L. Peterson<sup>j</sup> y A. Blauvelt<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. España. <sup>b</sup>Medical College of Wisconsin. Milwaukee, WI. <sup>c</sup>Skin Health Institute. Carlton. Victoria. Australia. <sup>d</sup>The Rockefeller University. New York, NY. EE. UU. <sup>e</sup>Department of Dermatology. University Hospital Frankfurt am Main. Frankfurt am Main. Alemania. <sup>f</sup>Center for Translational Research in Inflammatory Skin Diseases. Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf and Skinflammation® Center. Hamburgo. Alemania. <sup>g</sup>Division of Dermatology. McMaster University. Hamilton. Ontario. Canadá.

<sup>h</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. <sup>i</sup>UCB Pharma. Raleigh, NC. <sup>j</sup>Oregon Medical Research Center. Portland, OR. EE. UU.

**Antecedentes.** Existe cada vez más evidencia que indica que la IL-17A y la IL-17F contribuyen a la inmunopatogenia de la psoriasis, una enfermedad mediada principalmente por Th17. Bimekizumab se une de forma selectiva y neutraliza tanto la IL-17A como la IL-17F. Presentamos la eficacia de bimekizumab durante el tratamiento inicial, de mantenimiento y de retirada aleatorizada, así como la seguridad, en el estudio BE READY.

**Métodos.** En BE READY (NCT03410992), 435 pacientes con psoriasis de moderada a grave fueron aleatorizados en una proporción 4:1 a bimekizumab 320 mg C45 o placebo. Los pacientes con respuesta PASI90 en la semana 16 volvieron a ser aleatorizados en una proporción 1:1:1 a bimekizumab 320 mg C8S (n=100), C4S (n = 106) o placebo (n = 105) hasta la semana 56. La definición de recidiva fue < PASI75 a partir de la semana 20. Los objetivos primarios fueron PASI90 e IGA 0/1 en la semana 16. Los objetivos secundarios/otros objetivos incluyeron PASI100 (semana 16); PASI90, IGA 0/1 y PASI100 (semana 56); y la seguridad.

**Resultados.** En la semana 16, hubo más pacientes que alcanzaron PASI90 (90,8% frente a 1,2%), IGA 0/1 (92,6% frente a 1,2%) y PASI100 (68,2% frente a 1,2%) con bimekizumab que con placebo, respectivamente. En la semana 56, PASI90 (320mg C4S/C8S 91,0%, C4S/C4S 86,8%) e IGA 0/1 (320mg C4S/C8S 90,0%, C4S/C4S 86,8%) se mantuvieron con bimekizumab. El PASI100 en la semana 56 con bimekizumab fue del 83,0% (320 mg C4S/C8S) y del 70,8% (C4S/C4S). En la semana 56, el PASI90 se redujo (16,2%) en pacientes realeatorizados a placebo; la mediana del tiempo hasta la recidiva fue de ~28 semanas.

**Conclusión.** En este estudio fase III, bimekizumab alcanzó tasas de respuesta significativamente superiores en comparación con placebo en la semana 16. Las respuestas se mantuvieron hasta la semana 56 con el tratamiento continuado con bimekizumab. Bimekizumab fue generalmente bien tolerado, sin hallazgos inesperados de seguridad.

### P98. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS: RESULTADOS DE BE VIVID, UN ESTUDIO FASE III, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON USTEKINUMAB Y PLACEBO DE 52 SEMANAS DE DURACIÓN

P. Herranz Pinto<sup>a</sup>, K. Reich<sup>b</sup>, K. A. Papp<sup>c</sup>, A. Blauvelt<sup>d</sup>, R. Langley<sup>e</sup>, A. Armstrong<sup>f</sup>, R. B. Warren<sup>g</sup>, K. Gordon<sup>h</sup>, J. F. Merola<sup>i</sup>, C. Madden<sup>j</sup>, M. Wang<sup>j</sup>, V. Vanvoorden<sup>k</sup> y M. Lebwohl<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario La Paz. Madrid. España. <sup>b</sup>Center for Translational Research in Inflammatory Skin Diseases. Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing. University Medical Center Hamburg-Eppendorf and Skinflammation® Center. Hamburgo. Alemania. <sup>c</sup>Probit Medical Research and K Papp Clinical Research. Waterloo, ON. Canadá. <sup>d</sup>Oregon Medical Research Center. Portland, OR. EE. UU. <sup>e</sup>Dalhousie University. Halifax. NS, Canadá. <sup>f</sup>Dermatology. Keck School of Medicine of USC. Los Ángeles. CA. EE. UU. <sup>g</sup>The Dermatology Centre. Salford Royal NHS Foundation Trust. Manchester. NIHR Biomedical Research Centre. University of Manchester. Manchester. Reino Unido. <sup>h</sup>Medical College of Wisconsin. Milwaukee, WI. <sup>i</sup>Department of Dermatology. Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School. Boston, MA. <sup>j</sup>UCB Pharma. Raleigh, NC. <sup>k</sup>UCB Pharma. Bruselas. Bélgica. <sup>l</sup>Cahn School of Medicine. New York, NY. EE. UU.

**Antecedentes.** La psoriasis es una enfermedad mediada por Th17; cada vez existe más evidencia que indica que tanto la IL-17A como la IL-17F intervienen en su inmunopatogenia. Bimekizumab (BKZ) se une de forma selectiva y neutraliza la IL-17A y la IL-17F. Presentamos la eficacia y la seguridad del tratamiento con BKZ en el estudio BE BIVID.



**Métodos.** En BE VIVID (NCT03370133), 567 pacientes con psoriasis de moderada a grave fueron aleatorizados en una proporción 4:2:1 a BKZ (320 mg C4S), ustekinumab (45/90mg en función del peso al inicio y en la semana 4, luego C12S) o placebo (C4S hasta la semana 16 y luego BKZ 320 mg C4S). Los objetivos primarios fueron PASI90 e IGA 0/1 frente al placebo en la semana 16. Los objetivos secundarios/otros objetivos incluyeron PASI100 en la semana 16; PASI90, IGA 0/1 y PASI100 en la semana 52; y la seguridad.

**Resultados.** Hubo significativamente más pacientes que alcanzaron PASI90 e IGA 0/1 con BKZ (85,0% y 84,1%, respectivamente) en la semana 16 que con ustekinumab (49,7% y 53,4%) o placebo (4,8% y 4,8%); el 58,6% de los pacientes tratados con BKZ alcanzaron PASI100 frente al 20,9% con ustekinumab y el 0% con placebo. En la semana 52, los pacientes tratados con BKZ lograron tasas de respuesta PASI90, IGA 0/1 y PASI100 del 81,6%, 77,9% y 64,2%, respectivamente, frente al 55,8%, 60,7% y 38,0% con ustekinumab. A lo largo de 52 semanas, la incidencia de AAST graves fue del 6,1% con BKZ frente al 7,4% con ustekinumab.

**Conclusión.** BKZ fue sistemáticamente superior a ustekinumab y placebo. Además, BKZ fue generalmente bien tolerado con un perfil de seguridad coherente con estudios anteriores en fase II. Todo ello respalda aún más la importancia de la neutralización selectiva de IL-17A e IL-17F para el tratamiento de la psoriasis.

### P99. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB 100 MG EN LA PSORIASIS SEGÚN PRESENCIA O NO DE SÍNDROME METABÓLICO: ANÁLISIS *POST HOC* DE DATOS A 5 AÑOS DE LOS ESTUDIOS FASE 3 RESURFACE 1 Y RESURFACE 2

E. Daudén<sup>a</sup>, N.N. Mehta<sup>b</sup>, M.G. Lebwohl<sup>c</sup>, M.A. Menter<sup>d</sup>, C. Leonardi<sup>e</sup>, A.P. Fernández<sup>f</sup>, M. Gooderham<sup>g,h,i</sup>, K. Gebauer<sup>j</sup>, Y. Tada<sup>k</sup>, I. Pau-Charles<sup>l</sup>, E. Hernández<sup>l</sup>, A. M. Mendelsohn<sup>m</sup>, S.J. Rozzo<sup>m</sup> y R. Rivera<sup>n</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. España. <sup>b</sup>National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. Bethesda, MD. <sup>c</sup>Department of Dermatology. Mount Sinai Hospital. New York, NY. <sup>d</sup>Division of Dermatology. Baylor Scott & White, and Texas A&M College of Medicine. Dallas. TX. <sup>e</sup>Central Dermatology and Saint Louis University School of Medicine. St. Louis. MO. <sup>f</sup>Cleveland Clinic. Cleveland, OH. EE. UU. <sup>g</sup>Probit Medical Research. Peterborough, ON. <sup>h</sup>SKiN Centre for Dermatology. Peterborough, ON. <sup>i</sup>Queen's University. Kingston, ON. Canadá. <sup>j</sup>Fremantle Dermatology. Fremantle. Western Australia. <sup>k</sup>Teikyo University. Tokyo. Japón. <sup>l</sup>Almirall R&D. Barcelona. España. <sup>m</sup>Sun Pharmaceutical Industries, Inc. Princeton, NJ. EE. UU. <sup>n</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Objetivo.** Se presenta un análisis *post hoc* actualizado de la eficacia y seguridad de tildrakizumab (TIL) 100 mg a 5 años de los ensayos fase 3 reSURFACE 1/2 (NCT01722331/NCT01729754) en pacientes (pts) con psoriasis y presencia o no de síndrome metabólico (SM) según criterios NCEP ATP III.

**Material.** Pacientes adultos con psoriasis moderada-grave que recibieron TIL 100 mg a la semana (sem.) 0, sem. 4 y posteriormente cada 12 semanas hasta la sem. 244. Se evalúan las respuestas PASI 75/90/100, PASI absoluto < 3 y cambio en PASI absoluto a la sem. 244 vs. basal.

**Resultados.** De los pts reSURFACE 1/2 que recibieron TIL 100 mg de forma continua, el 21%/21% (n=26/44) tenía SM. Los pts con vs sin SM tenían una mayor mediana de peso basal, índice de masa corporal y prevalencia de enfermedad cardiovascular (CV) y diabetes. Las proporciones de pts con vs sin SM que alcanzaron una respuesta PASI 75, PASI 90 y PASI 100 a la sem. 244 en el reSURFACE 1 fueron 69% vs. 82%, 42% vs. 54%, y 15% vs. 32%, respectivamente. Entre los pts con vs. sin SM del reSURFACE 2, 84% vs. 88% alcanzaron una respuesta PASI 75, 64% vs. 72% PASI 90, y 34% vs. 38% PASI 100 a la sem. 244.

El 54% vs. 69% de pts con vs. sin SM en el reSURFACE 1 y el 77% vs. 81% de pts con vs. sin SM en el reSURFACE 2 alcanzaron un PASI absoluto < 3 a la sem. 244. A la sem. 244, la puntuación PASI total disminuyó en un 86% vs. 92% desde el basal (reSURFACE 1) y en un 94% vs. 95% (reSURFACE 2) en pts con vs. sin SM. Los datos de seguridad durante el período de 5 años fueron comparables independientemente de presentar o no SM y coherentes con el perfil de seguridad conocido de TIL. A pesar de un mayor riesgo de eventos CV y diabetes en pts con SM, no se observaron diferencias en la incidencia de eventos CV o ningún empeoramiento de diabetes entre los pts con vs sin SM.

**Conclusiones.** TIL 100 mg mostró una alta eficacia a largo plazo (244 semanas) tanto en pacientes con vs. sin SM. También presentó un buen perfil de seguridad, comparable en ambos grupos.

### P100. TIEMPO HASTA LA RECAÍDA DESPUÉS DE LA RETIRADA DE TILDRAKIZUMAB 100 MG EN PACIENTES CON PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE RESPONDEDORES (PASI < 3) A LA SEMANA 28: ANÁLISIS *POST HOC* DEL ENSAYO RESURFACE 1

P. de la Cueva<sup>a</sup> e I. Pau-Charles<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>b</sup>Almirall R&D. Barcelona. España.

**Objetivo.** Analizar el tiempo hasta la recaída en pacientes respondedores a tildrakizumab (TIL) 100 mg (PASI < 3) a la semana (sem) 28 que fueron aleatorizados a placebo en el ensayo de fase 3 reSURFACE 1 (NCT01722331).

**Material.** Análisis *post hoc* de pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave de un ensayo de tres partes, doble ciego, aleatorizado y controlado (64 semanas). En la parte 1 (sem 0-12), los pacientes fueron aleatorizados (2:2:1) a TIL 100 mg, TIL 200 mg o placebo. En la parte 2 (sem 12-28), los pacientes de placebo fueron realeatorizados (1:1) a TIL 100 mg o TIL 200 mg. Los pacientes inicialmente aleatorizados a TIL continuaron con la misma dosis. En la parte 3 (sem 28-64), los pacientes respondedores a TIL (aquellos que alcanzaron al menos un PASI 75) fueron aleatorizados (1:1) a continuar con la misma dosis de TIL o placebo (retratamiento con la misma dosis de TIL en caso de recaída). En este análisis *post hoc*, se definió respondedor al paciente con un PASI absoluto < 3 y recaída como pérdida de respuesta PASI < 3. La población de estudio incluyó a los pacientes en tratamiento con TIL 100 mg con una respuesta PASI < 3 a la sem 28 aleatorizados a placebo y seguidos hasta la sem 64 (período de 36 semanas). En esta población, la última dosis de TIL se administró a la sem 16 (48 semanas sin tratamiento activo). Se calculó la tasa de recaída a las 64 semanas mediante estimación de Kaplan-Meier (KM) y se generó la curva de KM.

**Resultados.** En la sem 28, 90 pacientes con una respuesta PASI < 3 a TIL 100 mg fueron aleatorizados a placebo. La mediana del tiempo de pérdida de respuesta PASI < 3 desde la sem 28 fue de 139 días (223 días desde la última dosis;). El perfil de seguridad de TIL y placebo fue comparable.

**Conclusiones.** Tildrakizumab proporciona un mantenimiento duradero de la eficacia con una mediana del tiempo de pérdida de respuesta PASI < 3 de 20 semanas (32 semanas después de la última dosis de TIL 100 mg) al interrumpir el tratamiento.

### P101. BIOSIMILARES 2020: CÓMO HAN AFECTADO EN LA PRESCRIPCIÓN DE NUESTRO HOSPITAL

C. Pujol<sup>a</sup>, E. Monte<sup>b</sup>, J. Sánchez<sup>a</sup>, J. Roca<sup>a</sup>, C. Abri<sup>a</sup>, A. Sahuquillo<sup>a</sup> y R. Botella<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia 2. Hospital UP La Fe. Valencia. España.

El uso de fármacos biológicos en psoriasis es cada vez mayor. En los últimos años han llegado los biosimilares (adalimumab desde 2018) y nuevas moléculas muy efectivas que han ampliado nuestro armamentario y que para su financiación siguen un IPT determinado y estricto. El objetivo es recoger y analizar la forma de prescripción de los últimos años de un hospital de Nivel 3 de la ciudad de Valencia teniendo en cuenta el impacto que han significado sobre todo los biosimilares. Para ello hemos recogido la información facilitada por el Servicio de Farmacia Hospitalaria del centro y hemos analizado la dispensación de biológicos y el gasto de los mismos en los últimos años. Desde la llegada de adalimumab biosimilar (BS) en 2018, la dispensación de este fármaco en nuestro centro se ha multiplicado por dos en dos años y en la actualidad es el primer biológico por número total. El gasto *total* de farmacia en biológicos para dermatología, ha aumentado un 78 % desde 2016. A pesar del aumento de gasto *total* (aumento lógico debido al aumento de pacientes en tratamiento biológico), el *coste por paciente* ha disminuido más del 30 % en este período de tiempo. La diferencia de precio del BS ha permitido bajar el coste por paciente y además ha llevado a una moderación en los precios del resto de los biológicos y puede permitir seguir ofreciendo un tratamiento innovador a más pacientes con psoriasis.

#### P102. SECUKINUMAB DEMUESTRA EFICACIA EN EL MANEJO DE LAS MANIFESTACIONES AXIALES DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DEL ENSAYO ALEATORIZADO CONTROLADO, MAXIMISE

R. Blanco<sup>a</sup>, X. Baraliakos<sup>b</sup>, L.C. Coates<sup>c</sup>, E. Pournara<sup>d</sup>, M. Rissler<sup>d</sup>, D. Whyms<sup>e</sup>, C. Perrella<sup>d</sup>, K. Reich<sup>f</sup>, D.D. Gladman<sup>g</sup>, M. Aassi<sup>d</sup> y A.B. Gottlieb<sup>h</sup>

<sup>a</sup>División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España. <sup>b</sup>Centro de Reumatismo de Herne. Ruhr-University Bochum. Alemania. <sup>c</sup>Departamento de Ortopedia, Reumatología y Ciencias Musculoqueléticas. University of Oxford. Reino Unido. <sup>d</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>e</sup>Novartis Ireland Limited. Dublín. Irlanda. <sup>f</sup>Instituto de Servicios Sanitarios de Investigación en Dermatología y Enfermería, Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias de la Piel y Centro Skinflammation®. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Hamburgo. Alemania. <sup>g</sup>Departamento de Reumatología. Toronto Western Hospital. Toronto. Canadá. <sup>h</sup>Departamento de Dermatología. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York. EE.UU.

**Objetivo.** Eficacia y seguridad hasta semana (s)52 de MAXIMISE, 1<sup>er</sup> ensayo aleatorizado que evalúa la eficacia de un biológico para las manifestaciones axiales de artritis psoriásica (APs).

**Material.** Fase IIIb doble-ciego, controlado con PBO de 52s, n = 498 (≥ 18 años) con APs (CASPAR), enf. activa en columna vertebral (CV), BASDAI (0-10) ≥ 4 y dolor de CV EVA ≥ 40/100 con respuesta inadecuada a ≥ 2 AINE. Los pacientes (pts) se aleatorizaron a secukinumab (SEC) sc 300/150mg/PBO 1 vez/s (4s) y después c4s. A la s12 los pts en PBO se realeatorizaron (1:1) a SEC 300/150mg. Objetivo 1° y 2° principal: ASAS20 (SEC 300/150mg, s12). Objetivos 2°: ASAS40, cambio medio en dolor de CV desde basal (BL) (EVA). El edema de CV y articulaciones sacroiliacas (ASI) se evaluó en BL, s12 y s52 (puntuación Berlín en RM). Imputación múltiple (IM) para datos perdidos hasta s12.

**Resultados.** Tasas de respondedores ASAS20 a la s12 (IM): 63% (SEC300mg; P < 0,0001) y 66% (150 mg; P < 0,0001) vs. 31% (PBO); s52: SEC 300 = 81% y 150 mg = 80%. También se demostraron mejoras significativas y sostenidas hasta s52 para SEC vs PBO. A la s12 SEC300/SEC150/PBO: ASAS40 (%) = 44/40/12; cambio medio en dolor CV (cualquier momento) = -27/-29/-14; NAPSIm LSM = -5/-4/-1 cambio medio CV Berlín RM = -0,4/-0,4/0,0; cambio medio ASI Berlín RM = -0,6/-0,6/-0,1. A la s52 SEC300/SEC150, PBOaSEC300 y PBOaSEC150:

ASAS20(%) = 81/80, 75 y 80; ASAS40(%) = 69/65, 63 y 54; cambio medio (DE) dolor CV (DE) = -42(27)/-44(26), -43(25) y -36(25); cambio medio (DE) NAPSIm = -9(15)/-8(13), -9(16) y -6(9); cambio medio (DE) CV Berlín RM = -0,6(2)/-0,3(1), -0,8(3) y -0,4(1); cambio medio (DE) ASI Berlín RM = -0,7(2)/-0,5(2), -0,9(2) y -1,0(3). El % de pacientes que alcanzaron aclaramiento de uñas total o casi con SEC aumentó hasta s52. La seguridad fue consistente con informes previos.

**Conclusiones.** SEC 300/150mg produjeron mejoras significativas y sostenidas en signos y síntomas, psoriasis ungueal y lesiones inflamatorias RM hasta s52 en pts con APs con manifestaciones axiales.

#### P103. ANÁLISIS AGRUPADO DE LOS ESTUDIOS FASE 3 CLEAR Y CLARITY: RESPUESTA MAYOR DEL PASI MEDIO A LO LARGO DEL TIEMPO EN PACIENTES CON PSORIASIS QUE RECIBEN SECUKINUMAB VS. USTEKINUMAB

J.L. Sánchez Carazo<sup>a</sup>, A. Blauvelt<sup>b</sup>, J. Bagel<sup>c</sup>, K. Reich<sup>d</sup>, D. Thaçi<sup>e</sup>, S. Tying<sup>f</sup>, E. Nguyen<sup>g</sup>, X. Meng<sup>g</sup>, B. Gómez<sup>g</sup>, M. Patekar<sup>h</sup> y M. Lebwohl<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Oregon Medical Research Center. Portland, OR. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Psoriasis Treatment Center of Central New Jersey. East Windsor. NJ, EE.UU. <sup>d</sup>Instituto de Servicios Sanitarios de Investigación en Dermatología y Enfermería, Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias de la Piel. University Medical Center Hamburg-Eppendorf, and Skinflammation® Center. Hamburgo. <sup>e</sup>Instituto y Centro Integral de Medicina de la Inflamación. University of Lübeck. Lübeck. Alemania. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. The University of Texas Health Science Center and Center for Clinical Studies. Houston, TX. <sup>g</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover, NJ. EE. UU. <sup>h</sup>Servicio de Dermatología. Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>i</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York, NY. EE.UU.

**Objetivo.** Análisis agrupado para evaluar la respuesta PASI media a lo largo del tiempo en pacientes (pts) con psoriasis (Pso) que recibieron secukinumab (SEC) en dos EECC fase 3b.

**Material.** Se incluyeron datos de pts tratados con SEC o ustekinumab (UST) de EECC aleatorizados, doble-ciego, controlados con placebo, fase 3b CLEAR (NCT02074982) y CLARITY (NCT02826603). La superioridad de SEC vs. UST se evaluó mediante PASI90 a la semana (s)12 (CLARITY) o a la s16 (CLEAR) como objetivo 1° y a la s52 como objetivo 2° (ambos estudios). La mejora en PASI medio desde basal se determinó a las s 4/12/16 y después, cada 12s hasta la s52: SEC 300 mg (n=886) o UST 45/90 mg (n=591) (dosis aprobada). Datos perdidos imputados con aproximación a la última observación realizada. **Resultados.** Aunque CLARITY tenía mayor % de pts de EE. UU. (64,2%) vs. CLEAR (12,6%), las características basales de la Pso estaban equilibradas en todos los grupos. La respuesta PASI media (DE) basal fue similar en SEC 300mg (21,1 [8,8]) y UST 45/90mg (21,4 [8,8]). SEC 300 mg produjo una mejora superior desde basal en la respuesta PASI media vs. UST a la s4 y a la s52. A la s4, los pts con SEC tuvieron una mejora en PASI medio (SD) de 68,6% (22,1%) vs. 52,4% (23,7%) con UST. A la s12, el PASI medio (DE) mejoró en un 90,6% (14,0%) en los pts con SEC vs. 83,7% (18,8%) con UST. Estas diferencias se mantuvieron hasta la s52, cuando los pts con SEC tuvieron una mejoría en PASI medio (DE) de 92,3% (14,3%) vs. 86,9% (19,1%) con UST. Además, a la s52, el PASI medio absoluto era más bajo con SEC vs. UST (1,67 vs 2,98). De media, los pts con SEC mostraron un 6,9% (s12) y 5,4% (s52) de mejoría mayor en PASI vs. UST. Estas diferencias reflejaban la mejoría media en todos los pts en CLEAR y CLARITY, donde el 72,8% y el 66,5% de los pts con SEC y el 53,4% y el 49,7% con UST alcanzaron PASI90 en la S12.

**Conclusiones.** SEC obtuvo una mejoría más rápida y sostenida de los signos cutáneos y aclaramiento vs. UST en pts con Pso durante 52s.

### P104. EFICACIA DE SECUKINUMAB VERSUS USTEKINUMAB EN PACIENTES ESTRATIFICADOS POR SU ESTADO DE AFECTACIÓN UNGUEAL BASAL

P. de la Cueva<sup>a</sup>, C. Conrad<sup>b</sup>, C.-E. Ortmann<sup>c</sup>, M. Vandemeulebroecke<sup>c</sup>, T. Kasperek<sup>b</sup> y K. Reich<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España. <sup>b</sup>Departamento de Dermatología. Lausanne University Hospital CHUV. Lausanne. Suiza. <sup>c</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>d</sup>Instituto de Servicios Sanitarios de Investigación en Dermatología y Enfermería, Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias de la Piel. University Medical Center Hamburg-Eppendorf, and Skinflammation® Center. Hamburgo. Alemania.

**Objetivo.** Análisis de datos agrupados de los estudios CLEAR y CLARITY para comparar los potenciales efectos diferenciales de secukinumab (SEC) vs. ustekinumab (UST) por estado de afectación ungueal basal (AUB).

**Material.** Los datos agrupados se estratificaron por estado de AUB y se analizó el % de pacientes (pts) con PASI75/90 durante 52 semanas (s) y los pts con valores de PASI absoluto  $\leq 3$  y  $\leq 1$  a las s16 y 52 (datos observados).

**Resultados.** Al inicio, 269/886 (30,4%) pts SEC y 265/891 (29,7%) pts UST, mostraban AU. Los pts con AU tenían mayor duración de la psoriasis (Pso) (SEC:20,5/UST:17,3 años) que sin AU (16,6 años en ambos). Un porcentaje más elevado de pts con AU tenían artritis psoriásica (SEC:29,0%/UST:24,2%) que sin AU (SEC:16,5% y UST:16,1%). Independientemente de la AUB, un % más elevado de pts en SEC con AU/SEC sin AU vs. UST con AU/UST sin AU alcanzaron PASI75/90 hasta la s52: PASI75: s12(90,1/89,1 vs. 77,3/76); s16(93,2/93 vs. 84,5/77,6); s52(93,2/91,7 vs. 86,2/79,8) y PASI 90: s12(70/68,3 vs. 52,3/46,1); s16(79,2/78,3 vs. 59,5/50); s52(77,7/76,2 vs. 66,4/57,1). Un porcentaje similar de pts con y sin AUB alcanzaron PASI75/90 en SEC. En cambio, un porcentaje más elevado de pts en UST sin AUB alcanzaron PASI75/90 vs. AUB. A las s16 y 52, pts en SEC, independientemente de la AUB, mostraron mayor PASI  $\leq 3$  vs. UST. En SEC, las respuestas PASI  $\leq 3$  fueron comparables en pts con (s16 = 87,2%/s52 = 83,4%) y sin (s16 = 87,0%/s52 = 86,0%) AUB, vs. UST, donde PASI  $\leq 3$  más altos en pts sin AUB (s16 = 71,3%/s52 = 75,8%) vs. con AUB (s16 = 64,6%/s52 = 68,7%). La tendencia fue similar para PASI  $\leq 1$ .

**Conclusiones.** Los pts en SEC, independientemente de la AUB, tuvieron mejor evolución de los resultados de PASI vs. UST a lo largo de 52s. La eficacia de SEC fue similar con y sin AUB. En UST, los pts sin AUB mostraron mejor evolución PASI que los pts con AUB. AUB puede predecir la respuesta en pts con Pso tratados con UST y facilita la toma de decisiones en el cambio de clase está indicado en pts con respuesta subóptima a UST.

### P105. SECUKINUMAB DEMUESTRA UN PERFIL DE SEGURIDAD CONSISTENTE A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ANÁLISIS AGRUPADO DE SEGURIDAD ACTUALIZADO

E. Daudén<sup>a</sup>, A.B. Gottlieb<sup>b</sup>, A. Deodhar<sup>c</sup>, I.B. McInnes<sup>d</sup>, X. Baraliakos<sup>e</sup>, K. Reich<sup>f,g</sup>, S. Schreiber<sup>h</sup>, B. Weibin<sup>i</sup>, K. Marfo<sup>j</sup>, H.B. Richards<sup>k</sup>, L. Pricop<sup>l</sup>, A. Shete<sup>l</sup>, J. Safi<sup>l</sup>, P.J. Mease<sup>l</sup> y M. Lebowh<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España. <sup>b</sup>Departamento de Dermatología. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York. <sup>c</sup>División de Artritis y Enfermedades Reumáticas (OP-09). Oregon Health & Science University. Portland, OR. EE. UU. <sup>d</sup>Servicio de Reumatología. University of Glasgow. Reino Unido. <sup>e</sup>Servicio de Reumatología. Rheumazentrum RuhrgebietHerne. Ruhr-University Bochum.

<sup>f</sup>Instituto de Servicios Sanitarios de Investigación en Dermatología y Enfermería, Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias de la Piel. University Medical Center Hamburg-Eppendorf. <sup>g</sup>Servicio de Dermatología. Skinflammation® Center. Hamburgo. <sup>h</sup>Servicio de Reumatología. University Hospital Schleswig-Holstein. Kiel. Alemania. <sup>i</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. EE. UU. <sup>j</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>k</sup>Servicio de Reumatología. Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. <sup>l</sup>Servicio de Dermatología. Mount Sinai Hospital. Nueva York. EE.UU.

**Objetivo.** Análisis agrupado a largo plazo (5 años) de ensayos clínicos (EECC) y datos de vigilancia de seguridad postautorización (VSPA) de secukinumab (SEC) en pacientes (pts) con psoriasis (PsO), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA).

**Material.** El análisis incluyó datos agrupados de 28 EECC aleatorizados controlados con SEC 300/150/75 mg en PsO (11 fase 3 y 8 fase 4), APs (5 fase 3) y EA (4 fase 3) y de VSPA (25/12/2018). Los acontecimientos adversos (AAs) se reportaron como tasas de incidencia ajustadas a la exposición (TIAE) /100 pacientes-año (PA). Se incluyeron todos los pts que recibieron  $\geq 1$  dosis de SEC.

**Resultados.** Se analizaron 12637 (8819, 2678 y 1140) pts con PsO, APs y EA, con una exposición (exp) a SEC de 15063,1, 5984,6 y 3527,2 PA, respectivamente. El AA más frecuente fue nasofaringitis. La TIAE/100 PA de AAs de especial interés (AAEIs, IC95%) permaneció baja para PsO/APs/EA: infecciones graves = 1,4(1,2-1,6)/1,8(1,5-2,2)/1,2(0,9-1,6), candidiasis = 2,9(2,7-3,2)/1,5(1,2-1,9)/0,7(0,5-1,1), enf. inflamatoria intestinal (EII) = 0,01(0,0-0,05)/0,03(0,0-0,1)/0,03(0,0-0,2), enf. Crohn = 0,1(0,05-0,2)/0,1(0,04-0,2)/0,4(0,24-0,7), colitis ulcerosa = 0,1(0,08-0,2)/0,1(0,04-0,2)/0,2(0,1-0,5), AAs cardiovasculares mayores (MACE) = 0,4(0,3-0,5)/0,4(0,3-0,6)/0,7(0,4-1,0), uveitis = 0,01(0,0-0,05)/0,1(0,04-0,2)/1,2(0,9-1,7) y neoplasias = 0,9(0,7-1,0)/1,0(0,77-1,3)/0,5(0,3-0,8). La exp media (DE) y fallecidos (n, %) para PsO APs y EA fue 623,9 (567,7), 816,2 (580,7) y 1130,1 (583,0) y 14 (0,2) 11 (0,4) 9 (0,8) respectivamente. Exp acumulada postautorización a SEC estimada: -285811 PA (3 indicaciones). La tasa reportada de los principales AAEIs fue (n,PA): infecciones graves = 3980 (1,4), neoplasias = 788 (0,3), enfermedad inflamatoria intestinal total = 693 (0,2) y MACE = 504 (0,2).

**Conclusión.** En esta actualización de un conjunto de datos de EECC a largo plazo y de VSPA de pts con PsO, APs y EA, SEC fue bien tolerado con un perfil de seguridad consistente con estudios previos.

### P106. SECUKINUMAB MUESTRA UNA ELEVADA EFICACIA Y UN PERFIL DE SEGURIDAD FAVORABLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE: RESULTADOS A LAS 24 SEMANAS

A. Vicente<sup>a</sup>, N. Magnolo<sup>b</sup>, K. Kingo<sup>c</sup>, V. Laquer<sup>d</sup>, J. Browning<sup>e</sup>, A. Reich<sup>f</sup>, J.C. Szepietowski<sup>g</sup>, D. Keefe<sup>h</sup>, R. Mazur<sup>i</sup>, P. Ghelani<sup>j</sup>, P. Forrer<sup>k</sup>, L.A. Wraith<sup>h</sup> y M. Patekar<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Servicio Dermatología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. <sup>b</sup>Departamento de Enfermedades de la Piel - Dermatología General y Venereología. University Hospital Münster. Alemania. <sup>c</sup>Departamento de Dermatología. Tartu University Hospital and University of Tartu. Estonia. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. First OC Dermatology. Fountain Valley, CA. <sup>e</sup>Servicio de Dermatología General y Pediátrica. University of Texas. San Antonio, TX. EE. UU. <sup>f</sup>Departamento de Dermatología. University of Rzeszów. <sup>g</sup>Departamento de Dermatología, Venereología y Alergología. City Clinic Wrocław. Polonia. <sup>h</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover, NJ. EE. UU. <sup>i</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>j</sup>264957 Ontario Limited. Ontario. Canadá.

**Objetivo.** Eficacia y seguridad de 2 regímenes de dosis de secukinumab (SEC) (dosis baja [DB] y dosis alta [DA]) en pacientes (pts) pe-



diátricos con psoriasis (Pso) en placas moderada-grave hasta la semana (s) 24.

**Material.** Estudio multicéntrico, abierto (NCT03668613) en pts pediátricos de 6-18 años. Los pts fueron aleatorizados a SEC DB (75/75/150 mg; n = 42) o DA (75/150/300 mg; n = 42) y por grupo de peso (< 25kg, 25 a < 50kg, ≥ 50kg). Los objetivos coprimarios fueron demostrar la superioridad de SEC respecto al n.º de respondedores PASI75 e IGA mod 2011 0/1 en s12, vs. PBO histórico (análisis de regresión logística bayesiana con imputación de no respondedores).

**Objetivo secundario.** Evaluar la eficacia en base a PASI90 en s12, vs. PBO histórico. Además, se analizaron las respuestas PASI 75/90/100 e IGA mod 2011 0/1, la calidad de vida (QoL) en base al CDLQI 0/1 (última observación realizada) y la seguridad hasta la s24.

**Resultados.** SEC fue superior a PBO histórico para los objetivos coprimarios PASI75 e IGA mod 2011 0/1 y el objetivo principal secundario PASI90 en s12. PASI75 fue 92,9% para SEC (DB y DA) y la IGA 0/1 fue 78,6% y 83,3%. El porcentaje de pts que alcanzó una respuesta PASI 90/100 en s12 fue 69,0%/59,5% (DB) y 76,2%/54,8% (DA), respectivamente. Ambos grupos de dosis SEC mostraron aumento continuo en las respuestas PASI 75/90/100 (95,2%/88,1%/66,7% para DB y DA) e IGA mod 2011 0/1 (88,1% DB y 92,9% DA) en s24. Al menos 1/2 de pts alcanzaron puntuación CDLQI 0/1 a la s12 (50,0% DB y 61,9% DA) y casi 2/3 de los pts alcanzaron puntuación CDLQI 0/1 en s24 (70,7% DB y 60,5% DA). Los acontecimientos adversos emergentes del tratamiento (AAETs) fueron bajos y comparables entre brazos de tratamiento y consistentes con el perfil de seguridad conocido de estudios en adultos sin nuevas señales de seguridad.

**Conclusiones.** SEC demostró eficacia superior y un perfil de seguridad favorable con ambos regímenes de dosis hasta la s24 en pts pediátricos con Pso en placas moderada-grave.

#### P107. RIESGO DE MALIGNIDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS CON SECUKINUMAB: ANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS Y DATOS DE VIGILANCIA POSTAUTORIZACIÓN

R. Rivera<sup>a</sup>, M. Lebwohl<sup>b</sup>, A. Deodhar<sup>c</sup>, C.E.M. Griffiths<sup>d</sup>, M.A. Menter<sup>e</sup>, D. Poddubnyy<sup>f</sup>, W. Bao<sup>g</sup>, V. Jehl<sup>h</sup>, K. Marfo<sup>h</sup>, P. Primates<sup>h</sup>, J. Safi<sup>h</sup>, A. Sheteb<sup>h</sup> y P.J. Mease<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España. <sup>b</sup>Departamento de Dermatología Kimberly y Eric J. Waldman. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Nueva York. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Oregon Health & Science University. Portland. Oregón. EE. UU. <sup>d</sup>Centro de Dermatología. Salford Royal NHS Foundation Trust. University of Manchester. Manchester Academic Health Science Centre. Manchester. Reino Unido. <sup>e</sup>División de Dermatología. Baylor University Medical Center. Dallas. Texas. EE. UU. <sup>f</sup>Departamento de Gastroenterología, Infectología y Reumatología. Charité. Universitätsmedizin Berlin. Alemania. <sup>g</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. Nueva Jersey. EE. UU. <sup>h</sup>Novartis Pharma AG. Basilea. Suiza. <sup>i</sup>Departamento de Reumatología. Swedish Medical Center and University of Washington. Seattle. Washington. EE. UU.

**Objetivo.** Con los datos del extenso programa de ensayos clínicos (EECC) con secukinumab (SEC) y vigilancia postautorización, buscamos evaluar el riesgo de malignidad reportado en pacientes (pts) con psoriasis (Pso), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA) tratados con SEC.

**Material.** En la base de datos de Novartis usando Standardised MedDRA Query (v21.1) se buscó: "Tumores malignos o no especificados" (25 diciembre 2018) para los pts con ≥1 exposición a SEC sc. Se

calculó la ratio de incidencia estandarizada (RIE) de tumores observada (obs) vs. esperada (esp) para cualquier exposición a SEC, dosis e indicación ajustada por edad y género (Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales, SEER, Surveillance, Epidemiology, and End Results Programme, EE. UU., población de referencia). Excluido el cáncer de piel no melanoma.

**Resultados.** Fueron 15615 pts incluidos en el análisis (Pso n = 11369; APs n = 2715; EA n = 1531). Seguimiento hasta 5 años con exposición acumulada en años de tratamiento paciente (ATP) de 17461 (media 1,5 años), 6030 (media 2,2 años) y 3721 (media 2,4 años) para Pso, APs y EA, respectivamente. No se identificaron diferencias significativas en el nº de tumores obs vs. esp en los EECC con cualquier dosis de SEC: RIE = 1,0 (IC 0,8-1,2). Análisis por indicación: RIE = 0,9 (IC 0,7-1,2), 1,06 (IC 0,8-1,5) y 1,3 (IC 0,8-2,0) para Pso, APs y EA, respectivamente. Análisis por dosis: RIE = 1,1 (IC 0,8-1,4) y 0,9 (IC 0,7-1,2) para para SEC 150 mg y 300 mg, respectivamente. Los eventos obs vs esp y ATP fueron: 138,0 vs 138,3 y 27150,9 para cualquier dosis de SEC, 82,0 vs. 88,6 y 17421,5 para Pso; 38,0 vs. 35,7 y 6017,8 para APs y 18,0 vs. 14,0 y 3711,6 para EA. La tasa bruta de incidencia/100 pacientes-año (PA) por tumor fue 0,27 (datos postautorización) para todas las indicaciones con ATP = 285,8.

**Conclusiones.** El riesgo de malignidad en pacientes Pso, APs y EA expuestos a SEC no parece estar incrementado en comparación con la población de referencia.

#### P108. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON BRODALUMAB EN PACIENTES OBESOS CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. Carmona Oliveira, J. Suárez Pérez, E. Herrera Acosta, E. Martínez García, Á. Barranquero Fernández y E. Herrera Ceballos

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con brodalumab en pacientes obesos con psoriasis moderada-grave en práctica clínica real.

**Material.** Estudio prospectivo de tipo observacional de los pacientes obesos (IMC > 30) que iniciaron tratamiento con brodalumab para la psoriasis moderada-grave. Realizamos seguimiento en la semana 12 tras el inicio de brodalumab para evaluar la efectividad en práctica clínica real. La cohorte de pacientes está formada por ocho pacientes.

**Resultados.** Nuestra cohorte estaba formada por ocho hombres. La media de peso era de 112,37 kg (desviación estándar, DE, 10,9 kg) con un IMC medio de 37,37 (DE 4,85). De los ocho pacientes incluidos en nuestro estudio, cinco de ellos (62,5%) tenían un IMC > 35. El tiempo medio de evolución de la psoriasis era de 15,5 años (DE 9,24 años). Todos los pacientes tenían alguna comorbilidad, siendo las más prevalentes la obesidad, la hipertensión y la dislipemia. Seis pacientes venían de terapia biológica previa, siendo tres de ellos tratados con dos fármacos biológicos distintos previamente. El PASI basal medio de los pacientes era de 16,92 (DE 11,35), siendo el PASI medio en la semana 12 de 0,96 (DE 0,95). Ninguno de los pacientes tuvo efectos adversos con el tratamiento.

**Conclusiones.** La principal publicación con la que podemos comparar nuestro trabajo son los estudios AMAGINE-2 y AMAGINE-3 en los que se incluyeron 687 pacientes (281 obesos) y en la cual no se observaron diferencias significativas en la respuesta al tratamiento con brodalumab en pacientes obesos vs. no obesos.

En conclusión, tras analizar los datos de nuestra cohorte en práctica clínica real; el brodalumab se posiciona como un fármaco seguro y efectivo en pacientes obesos con psoriasis moderada-grave sin precisar ajuste de dosis tal y como orientaban los ensayos pivota-

previos. No obstante, son necesarios nuevos estudios con mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento.

### P109. INDUCIR O NO INDUCIR: ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE 76 PACIENTES CON PSORIASIS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M.L. Alonso Pacheco, R. Feltes Ochoa, L. Quintana Castanedo, E. Tarín Vicente, M. Mayor Arenal y P. Herranz Pinto

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Objetivo.** Determinar si hay diferencias en efectividad o persistencia de los pacientes con psoriasis tratados con secukinumab con dosificación de inducción, frente a los que no la reciben.

**Material.** Estudio observacional retrospectivo en práctica habitual. Se incluyeron los pacientes que habían recibido al menos una dosis de secukinumab 150 mg, entre enero de 2016 y septiembre de 2019, con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se clasificó a los enfermos en dos grupos, con dosificación de ficha técnica (FT) y fuera de ficha técnica optimizada (FFTO) (300 mg/4 semanas sin inducción o 150 mg/4 semanas con o sin inducción). Se comparó la persistencia mediante método de Kaplan-Meier y se estudiaron los factores asociados a la persistencia y efectividad del fármaco.

**Resultados.** Setenta y seis pacientes, 72,4 % varones, edad media 49,6 años, IMC  $\geq 30$  en 51,3 %, con artritis en 39,5 %, naïve a biológicos 46,1 %, e inicio según FT 52,6 %. Solo en 9 pacientes se pautó la dosis de 150 mg/4 semanas. La exposición total acumulada fue de 159,13 pacientes/años. La persistencia al final del periodo fue de 51 pacientes (67,1 %). La efectividad (PASI  $\leq 3$ ) fue significativamente menor en los pacientes obesos (p 0,03) y en los que iniciaron el tratamiento con un PASI basal  $\geq 10$  (p 0,03). No encontramos diferencias significativas ni en la efectividad ni en la persistencia de los pacientes tratados con secukinumab con dosificación de FT frente a los que la recibieron FFTO, si bien los que iniciaron según FT no habían recibido terapias biológicas previas en mayor proporción (p 0,03) y tenían un PASI basal significativamente mayor (p 0,01) que los del grupo FFTO.

**Conclusiones.** La asignación de la dosificación fue a criterio del facultativo en nuestra serie, que optó por la dosis de 300 mg/4 semanas sin inducción de manera significativa en pacientes con PASI basal  $< 10$  que cambiaron a secukinumab desde otra terapia biológica previa, generalmente por fallo secundario a la misma.

### P110. SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS CON ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO: DISEÑO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO PINPOINT

J.M. Carrascosa<sup>a</sup>, D. Thaçi<sup>b</sup>, K. Schäkel<sup>c</sup>, M. Cornberg<sup>d</sup>, C. Sieder<sup>e</sup>, T. Bachhuber<sup>f</sup>, E. Hillmann<sup>g</sup> y A. Geier<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España. <sup>b</sup>University of Lübeck. Institute and Comprehensive Center of Inflammation Medicine. Lübeck. <sup>c</sup>Departamento de Dermatología. Heidelberg University Hospital. Heidelberg. <sup>d</sup>Departamento de Gastroenterología, Hepatología y Endocrinología. Hanover Medical School. Hannover. <sup>e</sup>Novartis Pharma GmbH, Nuernberg. Alemania. <sup>f</sup>Novartis Pharma AG. Basel. Suiza. <sup>g</sup>Universitätsklinikum Würzburg. Alemania.

**Objetivo.** Aproximadamente el 50% de pacientes (pts) con psoriasis (PsO) presentan hígado graso no alcohólico (NAFLD) concomitante, una tasa superior a la de la población general, y la prevalencia de

NAFLD aumenta aún más con mayor gravedad de la PsO. El estudio PINPOINT tiene como objetivo evaluar los efectos de secukinumab (SEC) en parámetros cutáneos y hepáticos en pts con PsO concomitante a NAFLD.

**Material.** Estudio aleatorizado, controlado con placebo, doble ciego, de grupos paralelos, intervencionista y multicéntrico. Se incluirán 90 pts con PsO en placas moderada-grave y NAFLD coexistente. Tras cribado, se realizará resonancia magnética para cuantificar el grado de esteatosis y confirmar  $\geq 8\%$  de grasa en hígado. Periodo de tratamiento 1 (PT1): de basal a semana (S) 12, los pts se aleatorizan 2:1 a recibir SEC 300mg s.c. (dosis aprobada) o placebo en basal/S1/S2/S3/S4/S8. Periodo de tratamiento 2 (PT2): S12 a S24, todos los pts recibirán SEC 300mg s.c. hasta S20. Análisis primario se realizará después de que todos los pts completen el PT1. PT2 permitirá estudiar los efectos longitudinales de SEC hasta S24.

**Resultados.** Objetivo primario: proporción de pts que logran una respuesta PASI90 a S12. Objetivos secundarios y exploratorios a evaluar: 1. efectos en la inflamación hepática medida por ALT, AST y GGT en suero y el efecto de SEC en el contenido graso del hígado por cambios cuantitativos en la grasa según resonancia magnética en S12 y S24. 2. Cambios en marcadores no invasivos de fibrosis hepática (ELF, Fibrotest/FibroSure, Fibroscan, FIB-4, puntuación NAFLD de fibrosis) y 3. actividad de esteatohepatitis no alcohólica (NASH) hasta S24. Otros objetivos: calidad de vida, seguridad y tolerabilidad.

**Conclusiones.** El estudio PINPOINT añadirá evidencia para apoyar la eficacia clínica de SEC en respuesta PASI90 en pts con NAFLD concomitante a PsO/artritis psoriásica. También permitirá entender si una terapia IL-17A efectiva en PsO puede atenuar NAFLD en pts con PsO.

### P111. ¿COVID-19 Y PSORIASIS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO; RIESGO O BENEFICIO?

I. Gracia-Darder, J. Garcías-Ladaria, D. Ramos, A. Llull Ramos, A. Martín-Santiago y J. Escalas Taberner,

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.*

La psoriasis crónica en placas es una enfermedad inflamatoria de la piel que afecta al 2-3% de la población general. Aproximadamente un tercio de los pacientes son candidatos a tratamientos inmunosupresores sistémicos así como fármacos biológicos. Estas terapias se han asociado con un mayor riesgo de infección. Además, la psoriasis se asocia frecuentemente con comorbilidades cardiometabólicas, como la obesidad y la diabetes, que son factores de riesgo de mal pronóstico en el caso de la neumonía por coronavirus (COVID-19). Se desconoce la susceptibilidad a la infección por COVID-19 de los pacientes con psoriasis crónica en placas y los riesgos o beneficios relacionados con el uso de terapias biológicas antiinflamatorias para COVID-19. Se realizará un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave, en tratamiento con fármacos biológicos (anti-TNF alfa, anti-IL 12/23, anti IL-17 y anti-IL 23) del Hospital Universitario Son Espases, desde el 15 de marzo de 2020 hasta el 15 de diciembre de 2020. Los objetivos del estudio serán: 1. evaluar la prevalencia y la gravedad de infección por COVID-19 en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave en tratamiento con fármacos biológicos; 2. evaluar la adherencia al tratamiento biológico durante el periodo de marzo a diciembre de 2020. Se recogerán los datos a partir de la historia clínica informática de cada paciente. Los pacientes con COVID-19 confirmado (pacientes COVID-19) se definirán como aquellos con una prueba de SARS-CoV-2 positiva (tanto la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (PCR) como la serología IgM y/o IgG positiva para SARS-CoV-2). Se registrarán las características demográficas y clínicas de los pacientes, así

como enfermedades concomitantes, terapias en curso y comorbilidades.

### P112. DÉFICIT DEL RECEPTOR DEL ANTAGONISTA DE IL-36 (DITRA): PRESENTACIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN 4 PACIENTES

J. Riera Monroig<sup>a</sup>, P. Giavedoni<sup>a</sup>, D. Morgado Carrasco<sup>a</sup>, S. Podlipnik<sup>a</sup>, M. Alsina Gibert<sup>a</sup>, A. Vicente Villa<sup>b</sup>, J.I. Aróstegui Gorospe<sup>c</sup> y J.M. Mascaró Galy<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. <sup>c</sup>Servicio de Inmunología. Centro de Diagnóstico Biomédico. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

**Introducción.** El déficit del receptor del antagonista de la IL-36 (DITRA), es una de las causas conocidas de psoriasis pustulosa generalizada (PPG). Su tratamiento constituye un reto. El objetivo del trabajo es describir las características clínicas y de respuesta a tratamiento de los pacientes con DITRA en nuestro centro.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de los casos confirmados por estudio genético.

**Resultados.** Se identificaron 4 pacientes con DITRA. De ellos, un caso presenta la mutación p.(Leu27Pro) en el gen IL36RN en homocigosis, mientras que los 3 restantes, emparentados, presentan la mutación p.(Ser113Leu) en heterocigosis. La edad de inicio de síntomas fue variable: el paciente portador de la mutación en homocigosis inició un cuadro de PPG a los 2 meses de vida; el otro caso con PPG debutó a los 47 años, con infecciones identificadas como desencadenantes. Los 2 casos restantes presentaron cuadros localizados: uno inició a los 54 años psoriasis pustulosa localizada y la otra paciente presentó a los 19 años un único brote de psoriasis vulgar. En cuanto al tratamiento, los 3 pacientes con psoriasis pustulosa recibieron tratamiento con corticoides sistémicos, acitretino, metotrexato, y 2 de ellos ciclosporina, sin lograr respuesta completa. En los 2 casos con PPG, en un paciente se logró la remisión con etanercept durante 6 años, mientras que el otro caso ha presentado buena respuesta a secukinumab durante 2,5 años, después de haber recibido infliximab y anakinra.

**Conclusiones.** El DITRA debe entenderse como un espectro clínico que recoge tanto formas leves como otras más graves con PPG. Los pacientes portadores de la mutación en homocigosis suelen presentar cuadros generalizados de debut en la infancia, mientras que como muestran 2 de nuestros casos, los portadores de la mutación en heterocigosis pueden desarrollar la enfermedad en la edad adulta con formas tanto graves como localizadas.

### P113. ERITRODERMIA EN UNA LACTANTE. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

M.J. Sánchez-Pujol<sup>a</sup>, A. Docampo-Simón<sup>a</sup>, A. González-Ruiz<sup>a</sup>, A. Herrero Galiana<sup>b</sup>, P. García Salom<sup>c</sup> e I. Betlloch<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Pediatría y <sup>c</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. Alicante. España.

**Introducción.** La eritrodermia en el lactante plantea un reto diagnóstico y terapéutico a pediatras y dermatólogos. Entre los diagnósticos a considerar incluimos enfermedades eritematodescamativas, infecciones, fármacos, inmunodeficiencias, enfermedades metabólicas y nutricionales, mastocitosis, histiocitosis...

**Caso clínico.** Una lactante sin antecedentes de interés, excepto intolerancia a proteínas de leche de vaca, comenzó a presentar al mes de vida lesiones eritematodescamativas de bordes bien definidos en cuello y axilas, con afectación del cuero cabelludo en forma

de una costra oleosa amarillenta que se desprendía con facilidad. Recibió tratamiento oral y tópico con antibióticos y antifúngicos, y corticoides tópicos, a pesar de lo que las lesiones progresaron hasta abarcar la práctica totalidad de la superficie cutánea a los 3 meses de edad, motivo por el que se hospitalizó iniciando corticoterapia oral. El estado general era bueno y las constantes vitales normales. La analítica sanguínea y el estudio nutricional e inmunológico no mostraron alteraciones. La biopsia cutánea evidenció una epidermis psoriasiforme con espongiosis e hiperqueratosis sobre los ostium foliculares, que junto a la clínica orientaron a una eritrodermia psoriásica. Se pautó reducción de la dosis de prednisona y se instauró tratamiento oral con acitretino a 0,5 mg/kg/día, con excelente tolerancia y respuesta clínica. Durante el seguimiento, se ha descendido la dosis de acitretino y mantenido tratamiento tópico en cuero cabelludo y lesiones residuales.

**Discusión.** En esta paciente, la presencia de costra láctea junto al aspecto clínico de las lesiones orientaron el diagnóstico, que confirmamos con una histología compatible. Destacamos las dificultades para tratar este tipo de eritrodermia en niños tan pequeños y consideramos que el acitretino es un retinoide con un buen perfil de seguridad, pero que debe ser formulado debido a la ausencia de preparados comerciales para su uso en la infancia.

### P115. REACCIONES ECCEMATOSAS PARADÓJICAS EN PACIENTES CON PSORIASIS TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTI-IL23. FISIOPATOLOGÍA, ASPECTOS CLÍNICOS Y ACTITUD TERAPEÚTICA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Hospital Gil, F. Alfageme Roldán, E. López-Negrete Arenal, C. Martínez Mera, H. Cembrero Saralegui, R. Cabeza Martínez, L. Turrión Merino, I. Salguero Fernández, M. Elosúa González, M. Sigüenza Sanz, M. Grau Pérez y G. Roustán Gullón

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Consideramos como reacción paradójica a un fármaco biológico el desarrollo de novo o el empeoramiento de una patología inmunomediada de base que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce. La mayor parte se han descrito en relación a tratamientos anti-TNF, si bien, aparecen publicadas también con anti-IL12/23 y anti-IL17. Las más frecuentes son brotes de psoriasis, inflamación articular, brotes de EII e hidradenitis supurativas. También se han descrito otras más controvertidas como alopecia areata, vitiligo, lupus, reacciones liquenoides y granulomatosas, vasculitis y sarcoidosis. Recientemente se han publicado reacciones paradójicas eczematosas sobre todo con anti-IL17, si bien también están descritas con anti-TNF y anti-IL12/23. Con la llegada de los anti-IL23 para el tratamiento de la psoriasis aparece reportado algún caso de reacción eczematosas paradójicas con guselkumab. Presentamos 2 casos clínicos de ecema paradójico, uno en paciente en tratamiento con guselkumab y otro en paciente en tratamiento con tildrakizumab, que ya lo había presentado previamente con ixekizumab y brodalumab. La hipótesis fisiopatológica es el desbalance en la interacción de 3 citoquinas fundamentales: TNF-alfa, IFN tipo 1 y eje IL-23/IL-17, que se relacionan a través de un triángulo en que la actuación farmacológica sobre una de ellas provoca cambios en las otras 2. De esta forma el bloqueo, directo o indirecto, del TNF-alfa, resulta en un exceso de IFN-alfa, que estimula la respuesta y la migración de los linfocitos T, provocando la reacción inflamatoria. En base a la expresión de citoquinas de las lesiones de ecema paradójico se postula que el bloqueo terapéutico del eje Th1/Th17 en pacientes con psoriasis puede provocar una activación paradójica del eje Th2 cursando, con clínica de ecema atópico, en pacientes predispuestos. Se comentan las diversas opciones terapéuticas para el manejo de estas reacciones paradójicas.



### P116. PSORIASIS Y AFECTACIÓN UNGUEAL, ¿SOLO UNA PEOR CALIDAD DE VIDA?

L. Schneller-Pavelescu<sup>a</sup>, M.J. Sánchez Pujol<sup>b</sup>, A. Docampo Simón<sup>b</sup> e I. Belinchón<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Vega Baja. Orihuela. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. <sup>c</sup>Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. Alicante. España.

**Objetivo.** Determinar si la afectación ungueal en pacientes con psoriasis se relaciona con una mayor gravedad y afectación de la calidad de vida.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo transversal. Pacientes reclutados de manera consecutiva en la consulta de psoriasis del Hospital General Universitario de Alicante. Se recogen datos demográficos, de comorbilidades, gravedad, calidad de vida y analíticos.

**Resultados.** Se incluyeron 45 pacientes, 14 de ellos con afectación ungueal (31,1%). La edad media fue de 45,9 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a sexo, edad, IMC, factores de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico, ferropenia, tratamientos previos, otras localizaciones de psoriasis o presencia de artritis. El grupo de pacientes con afectación ungueal presentó un mayor porcentaje de pacientes fumadores (92,9% frente a 54,9%, OR 1,24-92,23) y un mayor perímetro abdominal (100 cm frente a 89,2 cm,  $p = 0,037$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a PASI, BSA, PGA, escala visual numérica de prurito o dolor y PGA reportado por el paciente. El grupo de pacientes con afectación ungueal presentó un porcentaje mayor de afectación extremadamente grande de calidad de vida en el DLQI (28,6% frente a 3,2%,  $p = 0,019$ ) y de valores por debajo de 50 en el termómetro EuroQoL de sensación subjetiva de salud (42,9% frente a 22,6%,  $p = 0,04$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a parámetros de la analítica sanguínea entre los grupos.

**Conclusiones.** En nuestros pacientes se confirmó la mayor afectación de la calidad de vida en pacientes con afectación ungueal añadida a la psoriasis cutánea y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre este hallazgo y el hábito tabáquico, aspecto no descrito previamente y que deberá ser confirmado en series de mayor tamaño.

### P117. PSORIASIS INDUCIDA/AGRAVADA POR ANTI-PD1: SERIE DE CUATRO CASOS

I. Hiltun Cabredo, J. Sarriguarte Aldecoa-Otalora, J. Aróstegui Aguilar, M. Fernández Parrado, M. Josune Mitxelena Eceiza y J.I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. España.

**Introducción.** Los anti-PD1 se introdujeron en el año 2017 como una prometedora terapia para el tratamiento de distintas neoplasias, entre ellas el melanoma. Sin embargo, debido a su mecanismo de acción, no están exentos de efectos adversos, algunos de ellos a nivel cutáneo.

**Casos clínicos.** Presentamos los casos de cuatro mujeres, de entre 64 y 82 años, que desarrollaron brotes de psoriasis mientras recibían tratamiento con anticuerpos anti-PD1. Una de ellas recibía nivolumab por una neoplasia renal y tres pembrolizumab, una por neoplasia pulmonar y dos por melanoma. Los episodios, de distinta gravedad, ocurrieron desde la segunda semana al décimo mes del inicio del tratamiento. Dos de ellas presentaban psoriasis previa, hasta entonces correctamente controlada con apremilast y corticoide tópico respectivamente. Ambas requirieron tratamiento con acitretino, con buen control de las lesiones. Las otras dos pacien-

tes, sin antecedentes de psoriasis, recibieron un tratamiento más largo antes de debutar con las lesiones. Por el momento reciben tratamiento tópico con buen control.

**Discusión.** Los anti-PD1 actúan estimulando la propia inmunidad del individuo. A la vez que ésta actúa contra las células tumorales puede provocar diversas reacciones adversas inmunomediadas a distintos niveles del organismo, entre ellas la psoriasis. El principal factor de riesgo, aunque no necesario para su aparición es la presencia de psoriasis previa. La mayoría de los pacientes desarrollan una psoriasis en placas y el tratamiento tópico suele ser suficiente para la resolución del cuadro, sin necesidad de suspender la inmunoterapia.

### P118. APREMILAST: MÁS ALLÁ DE LA PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Puerta Peña, D. Falkenhain López, J. Fulgencio Barbarin, M. Penalba Torres, H. Muñoz González, A. Calleja Algarra, P. Ortiz Romero y R. Rivera Díaz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España.

Apremilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 (PDE-4) cuyo mecanismo de acción se basa en el aumento intracelular de adenosinmonofosfato cíclico (AMPc), modificando la expresión de citocinas que tienen un papel patogénico en la inflamación. Tras su aprobación para tratamiento de psoriasis y artropatía psoriásica y dado su amplio espectro de efectos antiinflamatorios a nivel molecular, han surgido múltiples investigaciones que tratan de evaluar su efectividad en otras dermatosis inflamatorias de difícil manejo y con menos alternativas terapéuticas. Sin embargo, existe escasa literatura acerca de la experiencia de uso del apremilast fuera de indicación, por lo que se desconoce su verdadera eficacia en práctica clínica real y su perfil de efectos adversos en estas patologías. Nuestro objetivo es describir las diferentes patologías en las que hemos empleado apremilast fuera de indicación, analizar la efectividad del fármaco en estos procesos y el perfil de seguridad. Para ello realizamos estudio observacional retrospectivo en el que incluimos pacientes en tratamiento con apremilast por uso compasivo entre octubre de 2018 y octubre de 2020 en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Se recogieron un total de 12 pacientes, 6 hombres y 6 mujeres, con diagnósticos variados incluyendo hidradenitis supurativa, aftosis orogenital recidivante, enfermedad de Behçet, celulitis disecante, síndrome SAPHO y pustulosis amicrobiana de las flexuras. Se analizaron las características clínicas de los pacientes así como aspectos relacionados con el tratamiento con apremilast, incluyendo la respuesta a tratamiento, tolerancia al mismo y los efectos adversos observados que se muestran en la tabla. En conclusión, presentamos una serie de casos sobre la experiencia en el uso de apremilast fuera de ficha técnica en el Hospital Universitario 12 de Octubre, con una casuística muy variada y resultados dispares en eficacia y en tolerancia.

### P119. CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN UNA CONSULTA DE DERMATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Á. Navarro Gilbert<sup>a</sup>, R. Hernández Sánchez<sup>b</sup>, A. Pérez Gil<sup>a</sup>, F. García Souto<sup>a</sup> y J. Escudero Ordóñez<sup>a</sup>

Servicio de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. España.

**Introducción.** Hasta en un 84% de las ocasiones las manifestaciones cutáneas preceden a las articulares en pacientes con artritis psoriásica (APs), entre un 15-40% de los cuales están infradiagnosticados. Una mayor vigilancia de los síntomas de APs en nuestros pacientes

permitiría el diagnóstico e instauración de tratamiento precoz y así mejorar la funcionalidad y calidad de vida de los mismos. En las últimas recomendaciones de la Academia Española de Dermatología en cuanto a este respecto, se expone que el cuestionario 4-ítem Psoriatic arthritis UnclutteRed screening Evaluation (PURE-4) podría ser útil en la práctica clínica al tratarse de una herramienta que no requiere entrenamiento previo y con una buena sensibilidad diagnóstica.

**Objetivo.** Un diagnóstico precoz de APs en Dermatología gracias a la utilización del cuestionario PURE-4 mediante la exposición de dos casos clínicos.

**Casos clínicos.** Varón de 44 años de edad con psoriasis en placas en seguimiento por Dermatología que tras la realización del cuestionario PURE-4 con respuesta positiva en la pregunta referente a artritis, fue derivado de manera precoz al servicio de Reumatología con la sospecha de APs, confirmándose el diagnóstico e instaurando tratamiento con metotrexato con clara mejoría articular. Mujer de 63 años de edad con psoriasis en placas en seguimiento por mal control y refractaria a múltiples tratamientos sistémicos, que tras una búsqueda proactiva mediante el PURE-4 fue diagnosticada de dactilitis y finalmente de APs periférica con espondiloartritis axial y tratada con secukinumab con buena respuesta articular.

**Conclusión.** El cuestionario PURE-4 puede considerarse una herramienta útil y sencilla para identificar a pacientes con sospecha de APs y derivarlos de manera temprana al servicio de Reumatología para confirmar el diagnóstico e instaurar precozmente el tratamiento, mejorando la calidad de vida de estos.

## P120. IXEKIZUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS CRÓNICA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE

G.G. Garriga Martina, E. Herrera Acosta, J. Alonso Suárez Pérez, Á. Barranquero Fernández, E.A. Martínez García y E. Herrera Ceballos

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Málaga. España.*

**Introducción.** La esclerosis múltiple (EM) es un trastorno desmielinizante del SNC de causa autoinmune, en el que participa una respuesta Th17 al igual que en la psoriasis. Presentamos un caso de un paciente con EM y psoriasis severa, tratado con éxito con ixekizumab (anti IL-17A e IL-17A/F).

**Caso clínico.** Varón de 50 años de edad con psoriasis crónica en placas de 40 años de evolución, diagnosticado hace 13 años de EM primariamente progresiva, con dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Entre su medicación habitual se encuentran relajantes musculares como baclofeno y tizanidina. Presentaba fracaso a múltiples líneas de tratamiento como metotrexato, acitretino y ustekinumab. Debido a la EM, que contraindica el uso de biológicos anti-TNF $\alpha$ , se cambió el tratamiento a ixekizumab 80 mg según ficha técnica. Tras 4 semanas alcanzó un PASI absoluto de 3, logrando posteriormente un blanqueamiento absoluto que mantiene en el momento actual, tres años tras el inicio del medicamento. En este tiempo de seguimiento no se han producido eventos adversos clínicos ni analíticos. Respecto a la EM, la enfermedad se mantiene estable, sin evidenciarse nuevos síntomas ni signos de progresión tras el inicio de ixekizumab.

**Discusión.** Tanto en la psoriasis como en la EM existen mecanismos inmunopatogénicos que involucran a los linfocitos Th17 y de sus citoquinas. No obstante también existen grandes diferencias, ya que la familia de fármacos anti-TNF $\alpha$ , empleada en psoriasis severa, está contraindicada en pacientes con enfermedades desmielinizantes como la EM, debido al riesgo de exacerbación o nueva aparición de síntomas neurológicos. Por el contrario, fármacos biológicos anti-IL como ustekinumab (anti IL-12/23) o secukinumab (IL-17), han sido empleados con éxito en pacientes con psoriasis y

EM, sin un impacto negativo en la evolución natural de la enfermedad.

## P121. EFICACIA DE BRODALUMAB EN 3 PACIENTES CON PSORIASIS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ESPECIALES

A.I. Lázaro-Simó, L. Armillas-Llitas y M. Salleras-Redonnet

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.*

Los pacientes incluidos en los ensayos clínicos cumplen criterios muy estrictos y los de nuestra práctica diaria no se reflejan en ellos. Es por eso tan importante acumular experiencia en práctica clínica real. Presentamos 3 casos de pacientes con psoriasis y características clínicas especiales.

**Caso 1:** varón de 58 años con psoriasis en placas desde los 35 años, HTA, DM 2, sobrepeso, esteatosis hepática por enol, depresión y células de Sézary circulantes con TCR de variante pequeña. Las biopsias cutáneas fueron compatibles con psoriasis. La analítica, el inmunofenotipo, la biopsia de médula ósea y el TAC corporal no mostraron alteraciones. Tratamientos previos: tópicos, fototerapia, acitretino, metotrexato, etanercept, efalizumab, adalimumab, ustekinumab, secukinumab, apremilast, ixekizumab y guselkumab, la mayoría con fallo secundario. Se inició brodalumab con un PASI inicial de 13,5, alcanzando un PASI de 1,2 a la semana 12 y PASI 0 a la semana 16. **Caso 2:** mujer de 58 años con psoriasis en placas desde los 18 años, carcinoma de tiroides extirpado 5 años antes, consumidora de enol habitual y exfumadora. Presenta fotodaño severo con múltiples queratosis actínicas, queratoacantomas y carcinomas escamosos. Tratamientos previos: tópicos y metotrexato que suspendió por decisión propia por mejoría. Acude ante un nuevo brote con PASI 15,3 y se inició brodalumab dada la vida media corta del fármaco y los antecedentes de neoplasia. A la semana 8 consiguió blanqueamiento completo manteniéndolo en la semana 20. **Caso 3:** mujer de 64 años con psoriasis pustulosa generalizada y ungueal de 3 años de evolución, depresión, fumadora y exenol. Tratamientos previos: tópico y metotrexato con fallo primario. Se inició brodalumab por la rapidez de respuesta con mejoría completa palmoplantar y parcial ungueal a la semana 6. Brodalumab es una alternativa rápida y eficaz a tener en cuenta para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave en pacientes con múltiples comorbilidades asociadas.

## P122. PSORIASIS PUSTULOSA ANULAR GENERALIZADA RECALCITRANTE CON BUENA RESPUESTA A GUSELKUMAB

M.B. Cívico Ruiz<sup>a</sup>, A. Pérez Gil<sup>a</sup>, R. Hernández Sánchez<sup>b</sup>, C.F. Vázquez Chinchay<sup>a</sup> y J. Escudero Ordoñez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.*

**Introducción.** La psoriasis pustulosa anular generalizada es un subtipo poco frecuente y grave de la psoriasis. Las opciones terapéuticas de primera línea incluyen retinoides, ciclosporina, metotrexato y tratamientos biológicos como infliximab, pero en ocasiones es refractaria a los mismos.

**Caso clínico.** Mujer de 51 años con psoriasis moderada grave de 4 años de evolución, con varios brotes pustulosos generalizados con fallo primario o secundario a fototerapia, ciclosporina, metotrexato, acitretino, infliximab, secukinumab y adalimumab. En junio de 2020 acude por brote de lesiones eritematosas anulares con fina descamación en collarite y algunas pústulas que afectan > 30% de supf. corporal y clínica sistémica acompañante. Se decidió inicio de guselkumab con inducción, con rápida y eficaz respuesta que se mantiene hasta la actualidad

**Conclusiones.** Guselkumab ha demostrado buenos resultados en psoriasis pustulosa. Con nuestro caso, resaltamos la eficacia clínica en el subtipo pustuloso anular generalizado y la mejora drástica en la calidad de vida en este tipo de pacientes, en los que suele ser frecuente los fracasos a múltiples líneas terapéuticas.

### P123. EFICACIA Y SEGURIDAD CON TILDRAKIZUMAB EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE NEOPLASIA Y LEISHMANIASIS

P. Hernández Bel, J.L. Sánchez Carazo, J.M. Ortiz Salvador, J. Magdaleno Tapial y A. Pérez Ferriols

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

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une de forma específica a la subunidad p19 de la IL-23. Está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada-grave en adultos que son candidatos a tratamiento sistémico. Se presenta el caso clínico de un varón de 55 años con antecedentes de dislipemia y sobrepeso. El paciente presenta psoriasis en placas en tronco y extremidades, de 20 años de evolución, tratado previamente con metotrexato, fototerapia y ciclosporina. En 2010 inicia tratamiento con adalimumab (ADA). Se le diagnostica neoplasia de recto en 2014, interrumpiendo tratamiento con ADA. Se inicia tratamiento con acitetrino (25 mg/día), con respuesta clínica inadecuada que provoca un nuevo brote de lesiones en 2016. Una vez libre de enfermedad oncológica reinicia tratamiento con ADA. En 2018 presenta una úlcera de bordes infiltrados en antebrazo izquierdo (3-5 cm.) de 6 semanas de evolución. Con una histología compatible y una PCR de la biopsia cutánea positiva se diagnostica de leishmaniasis cutánea. Inicia tratamiento con antimoniato de meglumina intralesional (IMA), 3 sesiones hasta resolución. Ante empeoramiento de la psoriasis (PASI 18.6, BSA 19, sPGA 4) en octubre de 2019, se decide iniciar tratamiento con tildrakizumab 100 mg sc. con inducción a semana 0, 4 y cada 12 semanas. A las 16 semanas de tratamiento (enero 2020), tras tan solo dos dosis, ofrece una buena respuesta con PASI 2.4, BSA 2 y sPGA 1. Los siguientes controles se realizan de manera telemática debido a la situación de pandemia por COVID: semanas 28, 40 y 52. En las revisiones telemáticas el paciente informa de un blanqueamiento total de su psoriasis (PASI 0, BSA 0, sPGA 0). No hubo notificación de efectos adversos durante el tratamiento, ni otros eventos relacionados con la seguridad del paciente. Tildrakizumab demuestra ser una buena opción terapéutica, ofreciendo eficacia y seguridad mantenida más allá de un año de tratamiento.

### P124. ESTUDIO DEL RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA SEGÚN EL FIB-4 ASÍ COMO DEL PERFIL LIPÍDICO EN UNA SERIE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTI-IL-17

J.A. Llamas Carmona, I. López Riquelme, A. Andamoyo Castañeda, M.T. Martín González, L. Martínez Pilar y D.J. Godoy Díaz

*Servicio de Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.*

**Objetivo.** Investigar el impacto sobre el perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos) y riesgo de fibrosis (según el FIB-4) en pacientes con psoriasis en tratamiento con anti-IL17 pretratamiento y al año de su inicio.

**Método.** Estudio observacional, no intervencionista, retrospectivo, de un único centro, incluyendo pacientes diagnosticados de psoriasis y en tratamiento con fármacos inhibidores de la IL-17 durante mínimo un año previo a la inclusión.

**Resultados.** Se analizaron los datos de 23 pacientes en tratamiento con anti-IL17 durante mínimo un año (12 con secukinumab, 10 con

ixekizumab y 1 con brodalumab). El análisis de datos de nuestra muestra determinó un valor medio de colesterol total pretratamiento de 206,5 mg/dL y tras un año de 204,73 mg/dL. Con respecto a los valores de HDL, antes del tratamiento la media fue de 43,30 mg/dL y al año de 44,36. Los valores medios de LDL pretratamiento fueron de 128,55 mg/dL y un año después de 124,86 mg/dL. En relación con el valor medio de triglicéridos antes del tratamiento fue de 184,1 mg/dL, mientras que el valor después de un año fue 187 mg/dL. Por último, los valores medios de FIB-4 antes de iniciar tratamiento fueron de 0,72 y tras un año de 0,71.

**Conclusiones.** Según los resultados obtenidos en nuestro estudio no hemos detectado prácticamente cambios a nivel del perfil lipídico ni del riesgo de fibrosis hepática en nuestra muestra antes de iniciar el tratamiento y al año de haber comenzado el mismo. Otros estudios recogidos en la literatura tampoco asociaron cambios aparentes en el perfil lipídico de pacientes con psoriasis moderada-grave tras 12 semanas de tratamiento con secukinumab. En nuestro estudio hemos ampliado el intervalo de tratamiento a 1 año y hemos incluido el resto de fármacos anti-IL17. Sin embargo, contamos con la limitación de que dicho estudio es retrospectivo y con un escaso número de pacientes por lo que harían falta estudios más potentes con mayor tamaño muestral que lo confirmen.

### P125. RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS HEPÁTICOS DE LOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS PARA LA PSORIASIS: ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO DEL REGISTRO BIOBADADERM

M. Munera-Campos<sup>a</sup>, J. Vilar-Alejo<sup>b</sup>, R. Rivera<sup>c</sup>, J.M. Carrascosa<sup>a</sup>, E. Daudén<sup>d</sup>, E. Herrera-Acosta<sup>e</sup>, A. Sahuquillo-Torralba<sup>f</sup>, F.J. Gómez-García<sup>g</sup>, O. Baniandrés-Rodríguez<sup>h</sup>, P. de la Cueva<sup>i</sup>, J.L. López-Esteban<sup>j</sup>, I. Belinchón<sup>k</sup>, M. Ferran<sup>l</sup>, J. Riera-Monroig<sup>m</sup>, L. Rodríguez<sup>n</sup>, G. Carretero<sup>b</sup>, C. García-Donoso<sup>e</sup>, F. Ballecá<sup>a</sup>, M. Llamas-Velasco<sup>d</sup>, E. Herrera-Ceballos<sup>e</sup>, C. Pujol-Marco<sup>f</sup>, L.M. Nieto-Benito<sup>o</sup>, D.P. Ruiz-Genao<sup>i</sup>, M. Alsina<sup>m</sup>, M.A. Descalzo<sup>o</sup> e I. García-Doval<sup>h</sup>

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

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa (IIS-IP). Madrid.

<sup>e</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Hospital

Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>g</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

<sup>h</sup>Servicio de Dermatología. CEIMI. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. <sup>i</sup>Servicio de Dermatología. Hospital

Universitario Infanta Leonor. <sup>j</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>k</sup>Servicio de

Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante- ISABIAL. Alicante. <sup>l</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar.

Parc de Salut Mar. <sup>m</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. UB, Barcelona. <sup>n</sup>Servicio de Dermatología. Hospital

Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>o</sup>Unidad de Investigación. Fundación Piel Sana AEDV, Madrid, <sup>o</sup>Servicio de Dermatología. Complejo

Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. España.

**Introducción.** Existe información limitada sobre el riesgo de nueva enfermedad hepática en pacientes con psoriasis en tratamiento sistémico, convencional o moderno.

**Objetivos.** Describir y comparar la incidencia de efectos adversos (EAs) de la terapia sistémica (acitretino, ciclosporina, metotrexato, anti-TNF, anti-IL23, anti-IL-17 y apremilast) utilizada en la psoriasis moderada-grave.



**Método.** Se incluyeron todos los pacientes del registro BIOBADA-DERM desde enero de 2008 hasta noviembre de 2019. Se calculó la razón de tasas de incidencia (incidence rate ratio, IRR) cruda (cIRR) y ajustada (aIRR) de los EAs hepáticos, codificados por la terminología MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities), utilizando el grupo de fármacos anti-TNF como comparador. Los EAs hepáticos se clasificaron en tres grupos: “hipertransaminasemia”, “hígado graso no alcohólico (HGNA)” y el conjunto de “otros EAs”, menos frecuentes.

**Resultados.** Se incluyeron 3171 pacientes expuestos a fármacos sistémicos (6279 ciclos de tratamiento, 11201 pacientes-año). La hipertransaminasemia de nueva aparición fue el EA hepático más frecuente (21 casos por 1000 pacientes-año [IC 95%, 18-23]), seguido del HGNA (8 casos por 1000 pacientes-año [IC 95%, 6-10]). El uso de metotrexato (aIRR 3.06 [2,31-4,4];  $p = 0,000$ ) y ciclosporina (aIRR 2,37 [1,05-5,35];  $p = 0,0378$ ) se asociaron a un incremento del riesgo de hipertransaminasemia en comparación a los anti-TNF, y no se observaron diferencias entre los grupos de biológicos. Los fármacos sistémicos convencionales (metotrexato, ciclosporina y acitretino) no se asociaron a mayor incidencia de HGNA.

**Conclusiones.** Disponer de información comparativa de la incidencia de EAs hepáticos puede facilitar la selección de fármacos en psoriasis. El inicio asintomático y su progresión silente en una gran proporción de casos señala la importancia de una evaluación activa mediante métodos no invasivos.

#### **P126. PSORIASIS INDUCIDA POR NIVOLUMAB EN PACIENTE CON NEOPLASIA DE PULMÓN METASTÁSICA: IMPORTANCIA DEL MANEJO MULTIDISCIPLINAR**

L. Puebla Tornero, M. Roncero Riesco, D. Moyano Bueno, M. Medina Migueláñez, N. Segurado Tostón, S. Blanco Barrios y C. Román Curto

*Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Introducción.** Se presenta el caso de un paciente que desarrolló lesiones compatibles clínica e histológicamente con psoriasis durante el tratamiento con nivolumab por una neoplasia pulmonar.

**Caso clínico.** Varón de 75 años, sin antecedentes de psoriasis, diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón en estadio IV con metastásis cerebral que inicia terapia con nivolumab. Tras el decimotercer ciclo, desarrolla lesiones palmo-plantares hiperqueratóticas, pautándose corticoterapia tópica, con escasa mejoría y evolucionando a grandes placas eritematodescamativas y fisuración en palmas y plantas, y posterior desarrollo de lesiones en tronco y miembros, también refractarias a tratamiento tópico. Finalmente, se decide inicio de tratamiento con acitretino 25 mg diarios con espectacular mejoría de las lesiones, permitiendo mantener la terapia con nivolumab, gracias a lo cual el paciente se encuentra hoy en remisión completa de su neoplasia y sin lesiones cutáneas.

**Discusión.** La inmunoterapia con fármacos anti-PD1 como nivolumab para el tratamiento del cáncer de pulmón, entre otros, ha demostrado eficacia y seguridad. Sin embargo, a pesar de sus indudables beneficios clínicos, estas terapias también son causa de toxicidad en pacientes sometidos a este tipo de agentes y los efectos adversos a nivel cutáneo son relativamente frecuentes, especialmente los exantemas maculopapulosis, siendo la psoriasis un efecto inusualmente menos frecuente. En estos casos, el manejo conjunto entre dermatólogo y oncólogo es fundamental, pudiendo plantearse alternativas terapéuticas para su tratamiento, permitiendo el mantenimiento de la terapia oncológica, de vital importancia para el paciente.

**Conclusiones.** La psoriasis de novo puede aparecer por el empleo de agentes anti-PD1. Debido al incremento creciente en el uso de estas terapias, poder reconocer y manejar sus posibles efectos adversos es imprescindible para un abordaje correcto y multidisciplinar del paciente oncológico.

#### **P127. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL TRAS SWITCH A FÁRMACOS BIOSIMILARES EN UNA COHORTE DE 52 PACIENTES EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO ANTI-TNF**

P.J. Navarro-Guillamón, J.A. Suárez-Pérez, E. Herrera-Acosta, E. Sanchez-Yañez, I. Moya-Carmona y E. Herrera-Ceballos

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Introducción y objetivo.** Realizamos un estudio observacional de tipo retrospectivo para demostrar la efectividad y seguridad de fármacos biosimilares anti-TNF para el tratamiento de la psoriasis en pacientes previamente tratados con fármacos biológicos de referencia anti-TNF. El objetivo principal era identificar un posible empeoramiento de la psoriasis tras el cambio a fármacos biosimilares tras un período de observación de 52 semanas.

**Material y método.** Identificamos los pacientes que han recibido tratamiento con fármacos biosimilares anti-TNF durante los últimos 12 meses dispensados por nuestra farmacia hospitalaria, excluyendo pacientes que recibían estos por otra indicación o que iniciaron directamente el biosimilar. Finalmente se incluyeron 30 pacientes con biosimilar de adalimumab y 21 de etanercept. Se realizó revisión de la historia clínica para evaluar mantenimiento de eficacia y/o efectos adversos.

**Resultados.** La cohorte estaba formada por 51 pacientes en tratamiento con biosimilares. Cuatro pacientes fueron perdidos durante el seguimiento y representan datos censurados. La media de PASI basal antes del switch era de 1,9 (DT 2,77). Tras el corte en semana +52 la media de PASI resultó de 1,5 (DT 1,43). El mantenimiento de la respuesta PASI entendido como variación de menos de 3 puntos del PASI basal previo al switch siendo en números absolutos menor de 4 se mantuvo en 41 pacientes, representando una supervivencia del 80%. En la cohorte de adalimumab el biosimilar se mantuvo en 24 de los 30 pacientes (80%) y en la de etanercept en 17 de los 21 pacientes. Hubo nueve suspensiones de tratamiento: 3 pérdidas de eficacia, 2 efectos adversos no graves, 2 suspensiones por miedo a COVID, 1 diagnóstico de VHC y 1 éxitus de causa cardiovascular.

**Conclusión.** En nuestra cohorte de estudio el switch de biológico de referencia a biosimilar no ha supuesto una pérdida de efectividad ni un aumento de abandonos de tratamientos con respecto a los esperado.

#### **P128. EFECTIVIDAD EN SEMANA +4 DE RISANKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE: COHORTE DE ONCE PACIENTES EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL**

P.J. Navarro-Guillamón, E. Herrera-Acosta, J.A. Suárez-Pérez, E. Martínez García, A. Barranquero Fernández y E. Herrera-Ceballos

*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Objetivo.** Estudiar la efectividad y seguridad a las cuatro semanas de tratamiento con risankizumab en pacientes con psoriasis moderada-grave en práctica clínica real.

**Material.** Realizamos un estudio prospectivo de tipo observacional de los pacientes que iniciaron tratamiento con risankizumab para la psoriasis moderada-grave. Realizamos seguimiento a las cuatro se-

manas del inicio del fármaco para evaluar efectividad en práctica clínica real. La cohorte de pacientes está formada por once pacientes.

**Resultados.** La información fundamental está recogida en la tabla 1 junto al control del estudio ULTIMMA-1. La cohorte estaba formada por nueve hombres y dos mujeres. La media de edad era de 55,27 años (desviación típica, DT 14,06), de peso de 84,90 kg (DT 12,84kg) con un IMC medio de 28,82 (DT 5,57). El tiempo medio de evolución de la psoriasis era de 18,1 años (DT12,4). El 91 % de los pacientes tenía algún tipo de comorbilidad, siendo las más prevalentes la obesidad, hipertensión y depresión. Nueve de los pacientes (81%) venían de terapia biológica previa, habiendo sido tres de ellos tratados con dos o más terapias biológicas previamente. El PASI basal medio de los pacientes era de 9,56 (DT 11,49), siendo el PASI medio a las cuatro semanas de 2,03 (DT 2,27). De este modo, la respuesta PASI media a las cuatro semanas fue de 78,33 (DT 21,26). La respuesta PASI 75 fue alcanzada por cuatro pacientes (36%), mientras que tres alcanzaron respuesta PASI 90 (27%).

**Conclusiones.** La principal publicación comparativa es el estudio ULTIMMA-1, donde se comparó la eficacia de risankizumab con ustekinumab siendo el objetivo principal la consecución de PASI 90 en semana 16. Tras analizar los datos de nuestra cohorte en semana +4 y en práctica clínica real, los resultados de efectividad con risankizumab parecen mejores que en los ensayos pivotaes previos (ULTIMMA-1). No obstante, esta aseveración deberá confirmarse con nuevos estudios de mayor tamaño muestral y tiempo de seguimiento.

#### P129. ¿PUEDE LA ARTRITIS REACTIVA SER UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE UNA PSORIASIS?

D. Ramos-Rodríguez, I. Gracia-Darder, A. Lull-Ramos, E. Vanrell-Büse, A. Martín-Santiago y J. Escalas Taberner

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma. España.*

El diagnóstico diferencial de las pustulosis palmoplantares (PPP) es amplio, entre ellas la psoriasis pustulosa, queratoderma blenorragia, PPP idiopáticas, acropustulosis palmoplantar infantil o síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) entre otras. Presentamos un paciente varón de 52 años fumador con dependencia al alcohol y las benzodiacepinas que consultaba por brotes de pseudovesículas y pústulas en palmas y plantas de 2 años de evolución. Entre sus antecedentes médicos destacaba un cuadro de artritis y conjuntivitis en el contexto de una uretritis aguda clasificada como síndrome de Reiter en 1989. A la exploración no presentaba estigmas de psoriasis. Negaba dolor articular y antecedentes familiares de artritis o psoriasis. Se solicitó un estudio de autoinmunidad y HLA, siendo este última positiva para HLA-B27. Se descartó el síndrome SAPHO y se decidió comenzar metotrexato 7,5 mg semanal con resolución completa de las lesiones. La artritis reactiva (AR) es un grupo de artritis inflamatorias secundarias a una infección genitourinaria o gastrointestinal que se puede acompañar de manifestaciones extraarticulares. Las manifestaciones mucocutáneas de la AR incluyen: queratoderma blenorragia, balanitis circinada, eritema nodoso, etc., y pueden estar presentes en más del 50% de los pacientes con AR. En general tanto la clínica articular como mucocutánea se resuelve en menos de un año aunque se han descrito pacientes con artritis crónica tras una AR. No existen estudios que evalúen a largo plazo la persistencia de las manifestaciones cutáneas ni la incidencia de psoriasis tras un brote de AR y su relación. La PPP en el contexto de un paciente con antecedente de artritis reactiva puede etiquetarse como: parte de un espectro tardío de la AR o desencadenado por ella; diferentes manifestaciones cutáneas en relación al HLA-B27; o una mera coincidencia entre AR y una psoriasis pustulosa palmoplantar con presentación tardía.

#### P130. EFECTIVIDAD DE CERTOLIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 27 PACIENTES

M. Ferran<sup>a</sup>, J. Escobar<sup>a</sup>, A. López<sup>b</sup>, E. Beltrán<sup>c</sup>, A. Urruticoechea-Arana<sup>d</sup>, M. Alsina<sup>e</sup>, J. Riera<sup>e</sup>, D. Vidal<sup>f</sup>, J. Notario<sup>g</sup>, J.M. Carrascosa<sup>h</sup>, G. Aparicio<sup>i</sup>, M. Ribera<sup>j</sup> y F. Gallardo<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital del Mar- Institut Mar d'Investigacions Mèdiques. <sup>b</sup>Hospital de Sant Pau. <sup>c</sup>Servicio de Reumatología. Hospital del Mar- Institut Mar d'Investigacions Mèdiques. Barcelona. <sup>d</sup>Coordinadora de Reumatología. Hospital de Can Misses. Ibiza. Servicio de Dermatología. <sup>e</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. <sup>g</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. <sup>h</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>i</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>j</sup>Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.*

**Objetivo.** Certolizumab pegol es un fragmento Fab 'PEGilado (libre de Fc) de anticuerpo monoclonal anti-TNF $\alpha$  humanizado recientemente aprobado para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Certolizumab ha demostrado una reducción rápida y sostenida de la actividad de la psoriasis y una mejora en la calidad de vida de los pacientes en los estudios pivotaes CIMPASI-1, CIMPASI-2 y CIMPACT. Sin embargo, apenas existen datos de eficacia y seguridad del fármaco en práctica clínica real. El objetivo es determinar la efectividad de certolizumab en psoriasis en condiciones de práctica clínica habitual.

**Material.** Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, realizado en 9 hospitales de Cataluña y Baleares, que evalúa la efectividad y seguridad de certolizumab pautado en condiciones de práctica clínica.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 27 pacientes (59% mujeres), con un peso medio de 74kg, siendo el 29% naive a biológicos. Presentaban un PASI basal medio de 8,3, que disminuyó a 1,79 a la semana 12 (26 pacientes en tratamiento), y a 1,23% a la semana 24 (22 pacientes en tratamiento). Se alcanzó un PASI absoluto < 3 en 73,07% y 77,27% de los pacientes a la semana 12 y 24, respectivamente. Veinte pacientes (74%) presentaban una espondiloatropatía psoriásica concomitante. Certolizumab se discontinuó en 29,6% de los casos, tras una media de tratamiento de 7 meses [2-13 meses], principalmente por pérdida/falta de respuesta cutánea o articular (37%); por gestación (25%), en un periodo que todavía no incluía su recomendación en embarazo en caso de necesidad en la ficha técnica; por decisión del paciente (12,5%) y por motivos de seguridad (12,5%). Un paciente desarrolló una infección tuberculosa activa que requirió la retirada del fármaco. No se observaron otros acontecimientos adversos relevantes.

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio confirman una alta efectividad de certolizumab en condiciones de práctica clínica habitual, con un buen perfil de seguridad.

#### P131. COVID-19 Y FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PSORIASIS: ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA Y SEVERIDAD EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

L. Barrutia Etxebarria, V. Volo Bautista, D. Ruíz Sánchez, J. Valtueña Santamaría, Á. Aguado García, C. Delgado Mucientes, A. Santamarina Albertos, C. Muñoz Fernández-Lomana, C. Sanz Muñoz, E. Garabito Solovera, C. Gutiérrez Rodríguez, J. Ingelmo González y P. Manchado López

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.*

**Objetivo.** España ha sido uno de los países más afectados por la COVID-19. Por eso, surgió una preocupación creciente entre los

dermatólogos en relación a la seguridad de los fármacos biológicos en este contexto epidemiológico. Todavía desconocemos si aumentan el riesgo de contraer el SARS-CoV-2, y si dan lugar a un curso más severo de la enfermedad, aunque los estudios publicados hasta la fecha parecen indicar que no. Cuando valoramos el posible riesgo añadido, debemos tener en cuenta que, en muchos casos, la COVID-19 tiene un curso asintomático. Por eso, es esencial realizar estudios que busquen activamente los posibles casos asintomáticos.

**Material.** Realizamos un estudio de seroprevalencia con todos los pacientes con psoriasis en tratamiento biológico en nuestro servicio, excluyendo a los que habían interrumpido el tratamiento durante la pandemia. Obtuvimos 82 pacientes tratados con infliximab, adalimumab, etanercept, ustekinumab, secukinumab e ixekizumab. Realizamos entrevistas telefónicas a los pacientes, preguntándoles sobre comorbilidades, y sobre posibles síntomas de COVID-19. Por último, realizamos un test serológico ELISA para SARS-CoV-2 a cada paciente.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue 54 años, y el 62% eran hombres. El 42% estaban en tratamiento con ustekinumab. Las comorbilidades más frecuentes eran el tabaquismo y la dislipemia. De los 82 pacientes, 4 presentaron títulos altos de IgG para SARS-CoV-2 (4,9%). Solo uno de los pacientes fue hospitalizado, pero por un motivo distinto a la COVID-19, otro de los pacientes precisó tratamiento ambulatorio, y los dos pacientes restantes fueron asintomáticos.

**Conclusiones.** La seroprevalencia en nuestra muestra fue 4,9%, muy similar a la prevalencia en la población general de Valladolid (4,4%) obtenida en el estudio ENE-COVID publicado en julio por Marina Pollán et al. Por tanto, no parece haber mayor susceptibilidad para contraer el SARS-CoV-2 en los pacientes en tratamiento biológico. Tampoco parece haber mayor morbimortalidad. Estos hallazgos van en línea con la literatura previa.

### P132. RIESGO DE LINFOMA EN PACIENTES CON PSORIASIS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Carmona Rodríguez, M Rogel Vence, F Moro Bolado, JL Santiago Sánchez-Mateos, M Prado Sánchez Caminero y G. Romero Aguilera

*Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. España.*

**Introducción/objetivo.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y las articulaciones, que asocia numerosas comorbilidades. Algunas de ellas no han sido bien establecidas aún, como es la asociación con el cáncer.

**Casos clínicos.** Presentamos dos casos clínicos correspondientes a una mujer de 41 años y un varón de 10 años de edad, en seguimiento durante años por psoriasis en placas y en tratamiento tópico. En ambos casos, a raíz de un empeoramiento clínico de la psoriasis y aumento de prurito generalizado, y a través de pruebas de imagen, se diagnostica un linfoma de Hodgkin. Ambos reciben tratamiento con quimio y radioterapia, y se encuentran en remisión completa y sin lesiones de psoriasis años después.

**Discusión.** La asociación entre psoriasis y cáncer ha sido propuesta y estudiada en las últimas décadas. Las revisiones más recientes muestran un riesgo aumentado de cáncer de cualquier localización en pacientes con psoriasis, así como un aumento del riesgo de linfoma. La asociación parece mayor entre psoriasis grave con linfoma de Hodgkin y linfoma cutáneo de células T, aunque esta última asociación puede deberse a un error diagnóstico con la psoriasis. El aumento del riesgo de cáncer no se ha relacionado con la artropatía psoriásica. Factores como el tabaco o el consumo de alcohol en pacientes con psoriasis no son suficientes para explicar la asociación con cáncer. La evidencia actual no relaciona el aumento del

riesgo con las emergentes terapias biológicas, y en el caso de los linfomas tampoco con los inmunosupresores clásicos ni la fototerapia.

**Conclusiones.** Entre las múltiples comorbilidades de la psoriasis se encuentra el aumento del riesgo de ciertas neoplasias, incluidos linfomas, que parece relacionarse con la inflamación sistémica de la enfermedad. Este aumento no se ha relacionado por el momento con las terapias biológicas, incluso en pacientes con historia previa de cáncer.

### P133. ESTUDIO DE LOS RESULTADOS DE USTEKINUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA DESDE 2010 HASTA LA ACTUALIDAD EN EL ÁREA DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

L. Beas Porcel, J. Espiñeira Sicre, J.D. Miralles Botella, L. García Fernández y P. Soro Martínez

*Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Universitario de San Juan de Alicante. Alicante. España.*

**Objetivos.** Análisis de los datos de eficacia a largo plazo obtenidos con ustekinumab y la comparación de estos respecto a los obtenidos en los ensayos clínicos PHOENIX 1 y 2, así como un análisis de la situación actual de los pacientes tratados con ustekinumab en nuestra área sanitaria.

**Resultados.** Desde 2010 hasta la actualidad han sido tratados con ustekinumab 60 pacientes (42,19% del total de fármacos biológicos), manteniendo el tratamiento a día de hoy 49 pacientes. En el estudio de la eficacia de ustekinumab a largo plazo (4 o más años de seguimiento) en nuestra área sanitaria se observó que un 72,72% de los pacientes alcanzaban un PASI75, un 31,81% un PASI90 y un 9,1% un PASI100, resultados que se encuentran ligeramente por debajo de los obtenidos en los ensayos PHOENIX 1 y 2 a las 244 semanas, donde un 79,1% de los pacientes mantiene un PASI75 y un 47,8% un PASI90, cifra marcadamente superior a la obtenida en nuestro caso. Del total de pacientes tratados un 64% presentó un PASI  $\geq$  90. Solo un 7,8% de los pacientes presentó un PASI  $<$  75 (4 pacientes). El PASI final medio de los pacientes fue de 1,7, presentando un PASI final  $\geq$  únicamente 5 pacientes. Al realizar un estudio comparativo entre ustekinumab 45 mg y 90 mg se observó que el porcentaje de pacientes que alcanzaban un PASI  $\geq$  90 era de 72,2% y de un 46,6% respectivamente, el PASI final medio fue de 0,97 con 45 mg y de 1,3 con 90 mg, y el porcentaje de pacientes con un PASI  $<$  75 fue de 5,5% con 45 mg y de 13,3% con 90 mg.

**Conclusiones.** Los datos obtenidos en nuestro estudio demuestran una eficacia a largo plazo algo inferior a la obtenida en los ensayos clínicos. Además se observó que los resultados eran ligeramente peores en los pacientes tratados con la dosis de 90 mg respecto a la de 45 mg, al contrario de lo observado en los ensayos clínicos. En general los datos absolutos de nuestro estudio reflejan el adecuado control de la enfermedad con ustekinumab, con un PASI final medio de 1,7 y solo 5 pacientes con un PASI final  $\geq$ .

### P134. RESPUESTA A BRODALUMAB EN UNA PSORIASIS PALMOPLANTAR HIPERQUERATÓSICA RESISTENTE A OTRAS TERAPIAS BIOLÓGICAS

J. Roca Ginés<sup>a</sup>, C. Abril Pérez<sup>a</sup>, J. Sánchez Arráe<sup>a</sup>, A.J. Sahuquillo Torralb<sup>a</sup>, C. Pujol Marc<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. <sup>b</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

Presentamos el caso de una mujer de 63 años de edad con diagnóstico de psoriasis palmoplantar con importante hiperqueratosis,



fisuración y pulpitis con prurito y dolor intenso, PGA 4, DLQI 24 y EAV prurito de 9. En la visita inicial la paciente había sido tratada con tópicos y acitretino, sin éxito. Presentaba además una hepatitis B crónica con anti-HBe positivo para la que se realizó profilaxis con tenofovir. El tratamiento inicial con apremilast fue efectivo pero tras varios meses se suspendió por intolerancia. Tras la inducción con secukinumab mostró respuesta con mejoría exploratoria prácticamente total pero persistiendo importante prurito. Se asoció PUVA de manos y pies pero tras recidiva de lesiones y pasados 6 meses de tratamiento se decidió revertir a apremilast por su buena respuesta inicial, que se repitió al inicio pero luego requirió cambio a guselkumab. Respuesta inicial satisfactoria pero tras 8 meses de nuevo aparición de una hiperqueratosis muy inflamatoria y afectación clínica importante. Dado que la mejor respuesta fue en el período de inducción con secukinumab, se decidió utilizar de nuevo esta diana iniciando tratamiento con brodalumab. Tras 5 meses de tratamiento y como dato clínico novedoso en la paciente, el prurito había cesado prácticamente por completo, encontrando una mejoría evidente también a la exploración. Brodalumab actúa bloqueando el receptor de IL17c a nivel queratinocítico, entre otras dianas específicas. Tal mecanismo sugiere que en formas de psoriasis localizadas que asocien picor importante y liquenificación local con hiperactividad del queratinocito, este bloqueo podría conllevar beneficios adicionales en pacientes seleccionados.

### P135. REACTIVACIÓN SEROLÓGICA DE SÍFILIS TRAS INICIO DE TERAPIA BIOLÓGICA PARA LA PSORIASIS

C. Abril Pérez<sup>a</sup>, J. Sánchez Arráez<sup>a</sup>, J. Roca Ginés<sup>a</sup>, A.J. Sahuquillo Torralba<sup>a</sup>, C. Pujol Marco<sup>a</sup> y R. Botella Estrada<sup>b</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. <sup>b</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad afecto de psoriasis en placas asociada a artritis psoriásica, de 20 años de evolución, que al diagnóstico presenta en serología de cribado para inicio de fármaco biológico, IgG de *Treponema pallidum* positiva y RPR positivo a título de 1/2. El paciente había sido tratado a los 19 años tras diagnóstico de sífilis, sin signos clínicos ni analíticos de recidiva desde entonces ni contactos sexuales de riesgo recientes. Ante la afectación con PASI 22 y BSA 41% y los resultados analíticos y serológicos, se decidió inicio de tratamiento con secukinumab. Tras seis semanas de tratamiento se repitió RPR, arrojando un título de 1/4 que se mantuvo en una nueva serología a los dos meses. Al quinto mes de iniciar el tratamiento el paciente se encontraba con PASI 1 y BSA del 1%, siendo el título de RPR de 1/8, por lo que se decide tratar con penicilina que redujo el título de RPR a 1/2 tras 4 meses. Desde entonces el paciente mantiene inexpresividad serológica y clínica de lúes. Los numerosos ensayos clínicos y la amplia experiencia obtenida en el tiempo con respecto a la terapia biológica la posicionan en un nivel de seguridad para el paciente importante y más concretamente los fármacos anti-IL17. Esto no quita que exista la posibilidad de reactivación de enfermedades infecciosas latentes, estando en entredicho la necesidad de cribado para muchas de ellas antes del inicio del tratamiento. Presentamos un caso que ilustra la posibilidad de que exista necesidad de un seguimiento serológico en cierto perfil de pacientes tras inicio de fármacos biológicos para evitar pasar por alto la aparición de enfermedades infecciosas de fácil curación y nada exentas de una carga de morbilidad importante para el paciente. La literatura actual no respalda la realización de tales seguimientos por el momento, si bien casos que los dermatólogos vemos en la práctica clínica diaria nos hacen plantearnos con frecuencia la necesidad de los mismos.

### P136. SÍNDROME SAPHO PARADÓJICO OBSERVADO TRAS TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN UNA PACIENTE CON PSORIASIS

J. Gimeno Castillo, P. Rosés Giber, F.J. de la Torre Gomar, A. Menéndez Parrón, R. González Pérez y Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Araba. Vitoria. España.*

**Introducción.** Las reacciones paradójicas psoriasiformes por anti-TNF pueden simular cualquier tipo de psoriasis. Dentro de estas, adalimumab es descrito como el principal causante de pustulosis palmoplantar, mientras que etanercept se asocia más a la aparición de psoriasis en placas. Sin embargo, este último también puede desencadenar reacciones pustulosas. Presentamos el caso de una paciente de 35 años con una reacción paradójica SAPHO-like por etanercept.

**Caso clínico.** Mujer de 35 años con antecedentes familiares de psoriasis que acudió a nuestras consultas en 2014 por lesiones hiperqueratósicas plantares que se catalogaron como psoriasis. Las lesiones se trataron inicialmente con corticoides y PUVA tópicos, sin mejoría. Posteriormente se pautó metotrexato, con leve respuesta clínica, y desencadenando un cuadro pseudogripal. Por ello, se decidió iniciar tratamiento con etanercept. Tras administrarlo, se objetivó reacción exagerada en el lugar de la inyección por lo que se suspendió. Cuatro semanas tras la suspensión de este fármaco, apreciamos la aparición de lesiones pustulosas, localizadas en tronco, palmas y cuero cabelludo. La paciente no presentó fiebre ni afectación del estado general, sin embargo, asociaba dolor articular en esternón y articulación esternoclavicular, mostrando captación en la gammagrafía a dicho nivel. Con todo ello, se catalogó este cuadro como una reacción paradójica SAPHO-Like al etanercept. Actualmente la paciente está bien controlada desde el punto de vista cutáneo con secukinumab, persistiendo captación gamma-gráfica sin clínica articular.

**Discusión.** Las reacciones de psoriasis paradójica desencadenadas por anti-TNF están ampliamente descritas en la literatura. Es necesario considerar, que, aunque infrecuente, estas reacciones pueden adoptar las características de un síndrome SAPHO, suponiendo un reto diagnóstico, ya que puede resultar difícil discernir entre una reacción por el fármaco o un proceso de base que se manifieste de ese modo.

### P137. MANEJO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN UN PACIENTE CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRAS UNA LEISHMANIASIS VISCERAL

L. Martos-Cabrera<sup>a</sup>, R. Sampedro<sup>a</sup>, J. Sanz<sup>b</sup>, E. Daudén<sup>a</sup> y E.M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Servicio de Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** La leishmaniasis visceral es una enfermedad sistémica grave, con aproximadamente 19 pacientes con psoriasis tratados con fármacos biológicos, principalmente anti-TNF-alfa, publicados. Presentamos un paciente con psoriasis moderada-grave con antecedentes de leishmaniasis visceral actualmente en tratamiento con risankizumab.

**Caso clínico.** Varón de 43 años, colombiano, con psoriasis desde 2006 y artritis psoriásica desde 2010, y sin otras comorbilidades relevantes, tratado previamente con etanercept y adalimumab con insuficiente eficacia y, posteriormente, con ustekinumab con respuesta óptima cutánea y articular, lo que conllevó su suspensión por decisión del paciente. En verano de 2019, se le diagnostica una

leishmaniasis visceral a raíz del comienzo de un cuadro de síndrome hemofagocítico. Es tratado con anfotericina B liposomal y, por empeoramiento importante de su psoriasis se inicia risankizumab según ficha, tras test de linfoproliferación positiva, observándose una respuesta cutánea casi completa a los 2 meses y sin recurrencia de la leishmaniasis.

**Discusión.** En nuestro caso destacan: 1. el diagnóstico de leishmaniasis visceral sin tratamiento inmunomodular activo y sin antecedentes epidemiológicos que permitan saber si ha sido una primoinfección o una reactivación. 2. La utilidad de los tests de linfoproliferación para comprobar inmunidad celular adecuada a leishmania y así poder reiniciar tratamiento biológico con seguridad. 3. La respuesta rápida y excelente a risankizumab, elegido en base a la buena respuesta previa al bloqueo de la vía y a publicaciones que plantean un potencial incremento de riesgo de reactivación de leishmaniasis si se bloquea IL12 adicionalmente.

**Conclusión.** La leishmaniasis visceral con la tríada de pancitopenia, fiebre y pérdida de peso es infrecuente pero una complicación posible. El uso del test de linfoproliferación permite una reintroducción más segura del tratamiento biológico con risankizumab.

### P138. EFICACIA DEL RESCATE DE USTEKINUMAB MEDIANTE SWITCH A UN ANTI-IL23

R. del Río Gil<sup>a</sup>, A. Greco<sup>a</sup>, V. Martínez-Santana<sup>b</sup>, N. Miserachs-Aranda<sup>b</sup>, E. Fernández-Cañabate<sup>b</sup> y A. Boix Montañés<sup>c</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. España.*

**Objetivo.** Comparar las respuestas del rescate con guselkumab (GSL), biológico anti-IL23, frente al fracaso de ustekinumab (UST), anti-IL12-23 en pacientes tratados en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Se incluyen todos los pacientes con psoriasis moderada-severa tratados con fármacos biológicos que han realizado un switch de ustekinumab a guselkumab y con seguimientos para cada fármaco de más de 60 días. Se reportan los datos en cada paciente de PASI, BSA y DLQI para ambos tratamientos. Se calculan: el tiempo estimado para respuesta al tratamiento, la duración promedio del tratamiento con anti-IL12-23 hasta fracaso clínico, y la duración de la remisión con el anti-IL23. Las comparaciones estadísticas se han realizado mediante un ANOVA de una vía.

**Resultados.** Se han detectado 26 switch de UST de los que 21 fueron a GSL. De ellos 9 habían sido naïve al iniciar tratamiento con UST. Las duraciones promedio de tratamiento son de 730 días (UST) y de 231 días (GSL), con valores máximos de 1870 y 385 días respectivamente. La duración hasta respuesta estable fue significativamente menor en caso de GSL. Hasta la fecha, siguen activos 19 de 21 (90,5%) tratamientos con GSL, con una duración de 260 días. Los tratamientos ya retirados han tenido una duración promedio de 217 días.

**Conclusiones.** El uso de un anti-IL23, con una diana farmacológica más selectiva que UST permite recuperar niveles de eficacia en más de un 90% de pacientes durante un tiempo de seguimiento superior a 8 meses (hasta la actualidad).

### P139. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE APREMILAST EN VIDA REAL

R. del Río Gil<sup>a</sup>, A. Greco<sup>a</sup>, J. Orós Muñoz<sup>b</sup>, M. Maroto Hernando<sup>c</sup> y A. Boix Montañés<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Medicina de Familia.*

*<sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. España.*

**Objetivo.** Evaluar la efectividad y tolerancia clínica de apremilast en pacientes con psoriasis moderada-severa y localizaciones especiales atendidos en vida real en consultas externas hospitalarias.

**Material.** Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes que han iniciado tratamiento con apremilast desde su introducción en el centro (2016). Se reportan las variables: edad, sexo, comorbilidades, tipo de psoriasis, uso previo de medicamentos sistémicos tradicionales y biológicos, PASI, BSA y DLQI y efectos adversos observados.

**Resultados.** Se han incluido 47 pacientes (37% hombres, 63% mujeres) con una duración media de tratamiento de 297 días (1487 máximo). Cuarenta y uno de 47 pacientes (87%) eran naïve a tratamiento biológico. Se describe la evolución de los indicadores de seguimiento observados y la frecuencia y tipo de efectos adversos detectados.

**Conclusión.** Apremilast representa una alternativa eficaz y muy segura en pacientes frágiles candidatos a terapéutica sistémica.

### P140. TILDRAKIZUMAB, UNA OPORTUNIDAD EN TIEMPOS DE PANDEMIA. SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

K. Magaletskyy Kharachko, K Krasnovska, L Quintana Castañedo, R Feltes Ochoa, M. L. Lonso Pacheco y P. Herranz Pinto

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

El inicio de la comercialización de tildrakizumab en España ha sido casi simultáneo al inicio de la pandemia COVID 19, por lo que el fármaco ha comenzado su andadura en la dermatología española en un contexto sanitario muy complejo y especialmente exigente. El objetivo de este estudio es evaluar seguridad en todos los casos y la respuesta clínica a tildrakizumab en pacientes con psoriasis moderada a severa que completaron un seguimiento superior a 4 meses, evaluados en el servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz. Estudio observacional, unicéntrico, transversal y retrospectivo en condiciones de práctica clínica habitual, en el que se incluyeron pacientes con psoriasis moderada a severa en tratamiento con tildrakizumab que iniciaron y/o mantuvieron tratamiento desde el 1 de febrero hasta el 1 de noviembre de 2020 en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario La Paz. Se han incluido 20 pacientes, cuyo tiempo medio de tratamiento fue de 8,4 meses. El 70% eran hombres y la edad media fue 50,4 años. Todos los pacientes habían realizado algún tratamiento sistémico (clásico o biológico) previo. Tildrakizumab se administró según esquema terapéutico establecido por ficha técnica en todos los pacientes. El 90% de los pacientes alcanzaron una respuesta PASI 90. En cuanto a los efectos adversos, no se objetivaron eventos adversos severos. De todos los pacientes analizados el 10% de los pacientes tuvieron una infección por el SARS-CoV2 en algún momento del seguimiento pero no hubo necesidad de suspensión del tratamiento. En resumen, la experiencia clínica con tildrakizumab en nuestro centro ha confirmado la capacidad del fármaco para controlar la psoriasis grave en el caso de pacientes frágiles, en muchos casos con riesgo infeccioso aumentado, y en contexto sanitario muy desfavorable para el seguimiento clínico habitual. Estas primeras impresiones deberán ser confirmadas tras un periodo de seguimiento más prolongado.

### P141. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS CON APREMILAST EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA Y 100 PACIENTES

E. Silva Díaz, S. Guillen Climent, A. García Vázquez, M. Pons Benavent, S. Porcar Saura, A. Estébanez Corrales, L. Martínez Casimiro y E. Montesinos Villaescusa

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. Valencia. España.*

**Introducción.** Apremilast es un fármaco indicado en el tratamiento de la psoriasis en placas moderada a grave en adultos que no han respondido o tienen contraindicado otro tratamiento sistémico.

**Métodos.** Se recogen los datos clínicos, epidemiológicos y de tratamiento de una serie numerosa de pacientes con psoriasis cutánea tratados con apremilast en la práctica clínica habitual. Se extraen conclusiones propias y se realiza una revisión de la literatura.

**Resultados.** Un total de 100 pacientes con psoriasis moderada-severa de edades comprendidas entre los 27 y 90 años fueron tratados con apremilast en un periodo de 36 meses. Se observó un discreto predominio del sexo femenino (52%) respecto al masculino (48%). Los pacientes habían sido tratados previamente con fármacos sistémicos y/o biológicos y/o presentaban alguna comorbilidad o antecedente que contraindicaba otros tratamientos. También fue utilizado en un grupo de pacientes con pustulosis palmoplantar. Durante el seguimiento se retiró el tratamiento en el 42% de los pacientes por diferentes motivos. El 61% de los pacientes presentaron una mejoría en las escalas de gravedad y en la calidad de vida y en el 38% el tratamiento fue retirado por diferentes motivos.

**Discusión.** Según nuestra experiencia, apremilast puede considerarse una alternativa terapéutica segura y eficaz en la práctica clínica habitual en aquellos pacientes con psoriasis moderada que no ha respondido a tratamientos sistémicos previos. También se logran buenos resultados en aquellos pacientes con psoriasis en localizaciones especiales por lo que debería tenerse en cuenta. Además, podría considerarse como una de las primeras opciones en aquellos pacientes con psoriasis moderada-grave que tienen contraindicados otros tratamientos por alguna situación especial como antecedente de sífilis o hepatitis víricas recientes, inmunosupresión, neoplasias, VIH, edad avanzada o inmunoterapia.

#### P142. REAL-LIFE EXPERIENCE WITH BRODALUMAB IN A PORTUGUESE COHORT OF PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE PSORIASIS

P. Mendes-Bastos<sup>a</sup>, P. Ferreira<sup>a</sup> y T. Torres<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidade de Psoríase. Hospital CUF Descobertas. Lisboa. <sup>b</sup>Serviço de Dermatologia. Centro Hospitalar do Porto. Porto. Portugal.

**Objective.** To characterize a real-world population treated with brodalumab in two centers in Portugal (one in Lisbon and one in Porto).

**Material and methods.** Multi-center retrospective study. All psoriatic patients that started brodalumab between January 2019 and July 2020 were evaluated.

**Results.** Thirty-four (34) patients were included with a mean absolute PASI at baseline of  $18.6 \pm 3.4$  and a percentage of BSA at baseline of  $25.8 \pm 7.1$ . The mean of disease duration was  $13.0 \pm 3.28$  years, with fifty percent of patients with a diagnosis of psoriasis for more than 10 years and approximately 32% with a confirmed diagnosis of peripheral psoriatic arthritis (PsA), besides several comorbidities like obesity, hypertension, diabetes and dyslipidemia. Half of the population (seventeen patients) was naïve to biologics. The mean baseline DLQI was  $15.0 \pm 2.2$ . In term of efficacy, after starting brodalumab as described on the SmPC (210 mg at W0, W1, and W2 followed by 210 mg every 2 weeks) approximately 73% of patients reached PASI90 ( $p < 0.001$ ) and 40% reached PASI100 at week 4 ( $p < 0.001$ ). At week 12, usually the timepoint used to evaluate the efficacy of brodalumab, 94% of patients reached PASI75 ( $p < 0.001$ ), while approximately 81% and 66% reached PASI90 and PASI100 ( $p < 0.001$ ), respectively. These results were sustained through week 24, with more than 86% and 62% of patients reaching PASI90 and PASI100 ( $p < 0.001$ ), respectively.

The absolute PASI decreased significantly at week 4, with a mean of  $2.8 \pm 2.2$  ( $p < 0.001$ ), achieving the lowest mean value at week 24, with a mean of  $1.7 \pm 2.2$  ( $p < 0.001$ ). The DLQI also decreased significantly at week 4, with a mean of  $1.85 \pm 1.0$  ( $p < 0.001$ ), and remained consistently low over the 24 weeks.

**Conclusions.** Our results show that therapy with brodalumab is effective, demonstrated by the rapid onset of action and high effica-

cy levels, with a favorable safety profile: only two patients were withdrawn from treatment, due to lack of efficacy.

#### P143. PSORIASIS INDUCIDA POR TRATAMIENTO CON DUPILUMAB

C. García-Donoso, F Tous Romero, R. Rivera Díaz, J.F. Barbarín, H. González Muñoz, D. Falkenhain López y J. Ortiz de Frutos

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Introducción.** La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica y multifactorial con un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Las formas moderadas a severas requieren tratamiento sistémico. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une a la subunidad alfa compartida del receptor de la IL-4 y la IL-13, inhibiendo su señalización. La IL-4 y la IL-13 son importantes en la respuesta inflamatoria mediada por los Th 2 de la dermatitis atópica.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 43 años con DA desde la infancia, rinitis y asma alérgico, no AP ni AF de psoriasis. Había recibido múltiples tratamientos: corticoides tópicos y orales, metotrexato, ciclosporina y fototerapia, precisando de varios ingresos hospitalarios por la gravedad y mal control de la DA. Se inicia tratamiento con dupilumab con la pauta indicada para la DA. En la semana 24 aparecen placas eritematodescamativas en codos y rodillas sugestivas de psoriasis que no han precisado de una reducción en la dosis de dupilumab, que ha conseguido una respuesta del Eczema Area Severity Index (EASI) mayor del 75 %, aunque persisten placas de psoriasis en rodillas.

**Conclusión.** En términos inmunológicos la psoriasis y la DA son consideradas polos opuestos de la respuesta Th1 y Th2. El mecanismo por el que se desarrolla una psoriasis siguiendo un tratamiento con dupilumab se desconoce. Se postula que la IL-4 puede actuar en las células T, células dendríticas y queratinocitos. La IL-4 es un regulador negativo de la Th1 y Th17, que resulta en una supresión de la IL-23. El bloqueo de la respuesta Th2 con dupilumab en la vía de la IL-4/IL-13 puede favorecer un cambio hacia fenotipo Th1/Th17, llevando a una cascada de citoquinas que pueden provocar placas de psoriasis. El uso de nuevos fármacos para tratamiento de la DA y de la psoriasis van a permitir un mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatogénicos de ambas entidades.

#### P144. PSORIASIS ULCERADA POR METOTREXATE: ¿ES SIEMPRE SIGNO DE TOXICIDAD SISTÉMICA?

A. Llull-Ramos, D. Ramos-Rodríguez, I. Gracia-Darder, A. Martín-Santiago y J. Escalas-Taberner

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. España.

El metotrexate es un fármaco utilizado con frecuencia en el tratamiento de la psoriasis. Algunos de sus efectos adversos como la hepatotoxicidad o la mielosupresión son bien conocidos, pero, otros son más infrecuentes. Presentamos el caso de una paciente con psoriasis ulcerada secundaria a metotrexate sin toxicidad sistémica. Mujer de 33 años, fumadora, con psoriasis de 10 años de evolución y PASI 8. En tratamiento desde hacía 1 año con 15 mg de metotrexate oral y 5 mg de ácido fólico semanal, que no había realizado controles. Consultó por ulceración dolorosa de las placas de psoriasis. Por sospecha de toxicidad a metotrexate, suspendimos el fármaco y se pautó ácido fólico diario, antibiótico oral y curas tópicas. Una analítica sanguínea urgente, con hemograma y perfil hepático, descartó toxicidad sistémica asociada. A los tres días mejoró la ulceración y el dolor, pero persistían las placas de psoriasis, por lo que se inició ciclosporina, que se retiró por intolerancia. Actualmente está en tratamiento con adalimumab. La ulceración



mucocutánea por metotrexate es un fenómeno casi exclusivo de pacientes con psoriasis, pero está descrito también en otras dermatosis como la dermatitis atópica o el penfigoide ampolloso. No existe relación entre este tipo de toxicidad y el tiempo de toma del medicamento. Algunos desencadenantes descritos han sido la sobredosificación de metotrexate o el inicio de nuevos fármacos. La edad avanzada, la insuficiencia renal, la diabetes, el inicio a dosis altas, y la falta de suplementación con ácido fólico, son algunos de los factores que aumentan el riesgo de ulceración por metotrexate. Ante la sospecha de esta entidad, se debe suspender el fármaco, iniciar suplementación diaria con ácido fólico y pautar curas tópicas adecuadas. Además, se recomienda realizar controles analíticos, ya que, pese a que en nuestro caso no se asoció con otras alteraciones, se ha descrito con frecuencia la relación con toxicidad sistémica, especialmente con mielosupresión.

#### **P145. COEXISTENCIA DE 2 REACCIONES PARADÓJICAS SIMULTÁNEAMENTE (PIODERMA GANGRENOSO Y PSORIASIS PUSTULOSA) EN UNA PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BIOSIMILAR DE ADALIMUMAB**

P. Manrique Martínez<sup>a</sup>, I. Barredo Santamaría<sup>b</sup>, P. Cea Ugarte<sup>a</sup> y N. Vegas Revenga<sup>c</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Anatomía Patológica y <sup>c</sup>Reumatología. Hospital de Galdakao. Vizcaya. España.*

Mujer de 53 años. Antecedentes personales: hemocromatosis, intolerancia a AINE por hipertensión arterial, intolerancia digestiva y general a metotrexato, toxicodermia por leflunomida, intolerancia a salazopirina, artritis reumatoide, psoriasis cutánea leve, obesidad. Antecedentes familiares: hermana con psoriasis cutánea leve. En junio de 2020 inicia tratamiento biológico con biosimilar de adalimumab por mal control de enfermedad articular, apareciendo pústulas en palmas de manos y plantas de pies, así como en la periferia de las placas de psoriasis. De modo simultáneo aparece una placa en cara anterior de pierna izquierda, dolorosa, con exudado y ulceración posterior. Con el diagnóstico inicial de psoriasis pustulosa como reacción paradójica se suspende el tratamiento con el biosimilar de adalimumab y se comienza tratamiento con isekizumab. Evolución: respuesta lenta pero progresiva hasta la resolución completa de las lesiones de psoriasis pustulosa en 12 semana. Sin embargo, la lesión de pioderma gangrenoso persiste tras 24 semanas de tratamiento.

#### **P146. TILDRAKIZUMAB: EFICACIA Y RAPIDEZ DE ACCIÓN EN UNA PACIENTE CON PUSTULOSIS PALMO-PLANTAR**

A.M. Morales Callaghan, E. Simal Gil, P. Cerro Muñoz, A.M. Palma Ruiz, A. Navarro Bielsa, M. Almenara Blasco e Y. Gilaberte Calzada

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

**Caso clínico.** Mujer de 49 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Fumadora de 16 cigarros/d desde los 16 años de edad y administrativa de profesión. Presenta una psoriasis pustulosa palmo-plantar de 5 años de evolución refractaria a tratamientos previos: corticoides e inmunomoduladores tópicos, ciclosporina, metotrexate, etanercept y último administrado apremilast. En la exploración clínica destaca talla 167 cm, peso 55 kg, IMC 19,72 (normopeso) y unos niveles de gravedad que incluyen PASI

9,60; BSA 12%; EVA 9, DLQI 16 e IGA 5. La paciente refería gran limitación en su trabajo diario y solicitó cambio de tratamiento. Se decidió inicio con tildrakizumab a dosis establecidas en ficha técnica (100 mg semana 0, 4 y posteriormente cada 12 semanas). A las 3 semanas de tratamiento la paciente había experimentado una mejoría muy significativa en sus manos y más lenta en sus pies con niveles de gravedad PASI 7,8, BSA 10%, EVA 3, DLQI 6 e IGA 3. A las 14 semanas de tratamiento la paciente seguía mejorando, tanto manos como pies, con prácticamente resolución de todas sus lesiones, refiriendo sobre todo gran mejoría de su prurito que era lo que más le limitaba (PASI 2,60, BSA 6%, EVA 0, DLQI2, IGA1). Actualmente la paciente sigue estable y continúa en tratamiento con tildrakizumab a dosis habituales.

**Discusión.** Tildrakizumab ha demostrado ser un fármaco eficaz y rápido en esta paciente con una forma clínica de psoriasis de difícil control como es la psoriasis pustulosa palmo-plantar. Ha sido relevante su rapidez de acción y sobre todo la mejoría en la calidad de vida que ha supuesto en esta paciente.

#### **P147. NUEVOS BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SUBCLÍNICA EN PACIENTES PSORIASÍASICOS**

C. Rodríguez Cerdeira y R. Arenas

*<sup>a</sup>Grupo de Investigación Eficiencia, Calidad y Costes en Servicios de Salud (EFISALUD). Instituto de Investigaciones Sanitarias Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. <sup>b</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Vithas N. S. Fátima. Vigo y Universidad de Vigo. <sup>c</sup>Roberto Arenas Unidad de Investigación. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Ciudad de México. México DF.*

**Objetivo.** Describir los principales biomarcadores de reciente aparición de utilidad en el diagnóstico y pronóstico; así como los asociados con la respuesta al tratamiento, en pacientes con psoriasis que presentan un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Estos datos facilitarán, sin duda, nuestra práctica clínica.

**Material y métodos.** Se realizaron búsquedas exhaustivas en las bases de datos MEDLINE (PubMed) y Embase en busca de artículos publicados desde enero de 2009 hasta marzo de 2020, utilizando los siguientes términos de búsqueda: comorbilidades de psoriasis; enfermedad cardiovascular subclínica; biomarcadores inflamatorios: enfoques proteómico, transcriptómico, proteómico y metabólico.

**Resultados.** Se están desarrollando nuevos biomarcadores como indicadores de diagnóstico y pronóstico de enfermedades cardiovasculares en pacientes con psoriasis y pronto se aplicarán en la práctica. Disponemos de un importante arsenal terapéutico para la psoriasis basado en el tratamiento sistémico con agentes biológicos como inhibidores del TNF, agentes anti-IL-17, agentes anti-IL-12p40 y anti-IL-23, inhibidores de la fosfodiesterasa 4, y muchos otros todavía en el fase experimental, para la que se esperan resultados positivos. Se deben utilizar biomarcadores predictivos para determinar los pacientes que probablemente se beneficiarán más de las diferentes terapias.

**Conclusiones.** La identificación y tratamiento de los factores de riesgo podría determinar una reducción de la morbimortalidad asociada a la enfermedad cardiovascular y, conceptualmente, el control efectivo de la inflamación (y los niveles de TNF- $\alpha$  que tienen un papel patogénico en el síndrome metabólico) en pacientes psoriásicos. Además, con el tratamiento adecuado, en etapas tempranas de la psoriasis, se podría conseguir una mejoría tanto de la propia enfermedad como de las correspondientes comorbilidades asociadas.