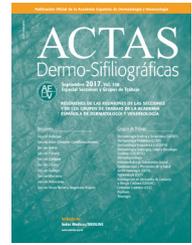




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



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

Congreso del Grupo de Psoriasis de la AEDV Madrid, 22 y 23 de enero de 2016

Comunicaciones orales

1. UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN ESCENARIOS COMPLEJOS DEL PACIENTE CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE: MDi#PSORIASIS®

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

La toma de decisiones terapéuticas en el paciente con psoriasis debe incorporar aspectos relacionados con la enfermedad cutánea (gravedad, localización, forma clínica, etc.), así como factores del paciente (edad, sexo, reproducción, comorbilidades, etc.).

Objetivos: Diseño, desarrollo y validación de una app (MDi#Psoriasis®) de ayuda para la toma de decisiones terapéuticas en el paciente con psoriasis moderada-grave.

Material y métodos: Identificación de los factores determinantes de la indicación-contraindicación de cada una de las opciones terapéuticas para el tratamiento de la psoriasis. Las 10 opciones terapéuticas consideradas (UVBBE, PUVA, acitretina, metotrexato, ciclosporina, adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab, secukinumab, apremilast) fueron confrontadas en un total de 60 factores relacionados con tratamientos previos, edad-reproducción, forma clínica, artritis, comorbilidad metabólica, comorbilidad órgano-específica, comorbilidad infecciosa, comorbilidad oncológica, otras comorbilidades e interacciones.

Resultados: El análisis de estos factores determinantes de la toma de decisiones originó un total de 600 escenarios individualizados a partir del que se desarrolló un algoritmo en formato app móvil (Android, iOS) que mediante la selección de estos factores determinantes emite las recomendaciones terapéuticas indicadas y contraindicadas para cada escenario individualizado. El algoritmo ha sido validado mediante la comparación de las recomendaciones emitidas por MDi#Psoriasis® en 10 casos clínicos con las recomendaciones terapéuticas emitidas por 10 expertos después de la evaluación de los mismos 10 casos clínicos.

Conclusiones: MDi#Psoriasis puede representar una herramienta de ayuda al dermatólogo para la toma de decisiones terapéuticas en escenarios complejos de pacientes con psoriasis moderada-grave.

2. USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE CON FRACASO CON OTROS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PREVIOS

J.A. Suárez Pérez^a, E Herrera Acosta^a, P Fernández Crehuet^b, F Guimerá^c, M.V. Mendiola^a y E Herrera^a

^aHospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

^bHospital de Andújar. Jaén. España. ^cHospital Universitario de Canarias. Tenerife. Canarias. España.

Introducción: El tratamiento de la psoriasis moderada/grave es complejo, pues en numerosas ocasiones cualquier opción terapéutica conlleva una pérdida de eficacia que requiere intensificación o cambio de fármaco. La terapia biológica no ha sido una excepción. Existen pocas publicaciones previas que analicen la eficacia y seguridad de ustekinumab en pacientes con psoriasis en placa moderada/grave que ha recibido terapia biológica previa.

Material y métodos: Se realiza un estudio multicéntrico, retrospectivo que incluye 70 pacientes con diagnóstico de psoriasis moderada grave (con o sin artritis psoriásica) tratados con ustekinumab en 3 unidades de dermatología de 3 centros hospitalarios de España; Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga), Hospital Universitario de Canarias y Hospital de alta resolución de Andújar (Jaén); desde el año 2009 hasta diciembre de 2011 para garantizar un período de seguimiento mínimo de 156 semanas. De los 70 pacientes incluidos, 55 recibieron uno o más fármacos biológicos previos a ustekinumab. El objetivo principal de este estudio es evaluar la supervivencia a 300 semanas del tratamiento con ustekinumab en pacientes con psoriasis en placa moderada-grave y las razones que llevaron al abandono en condiciones de práctica clínica habitual. Se comparará la tasa de supervivencia, eficacia y seguridad de ustekinumab en pacientes naïve respecto a pacientes con terapia biológica previa.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en la tasa de supervivencia en pacientes naïve respecto a los que recibieron tera-

pia biológica previa. La tasa de supervivencia global de ustekinumab en nuestra cohorte a 300 semanas fue del 95,5%. No se registró ningún abandono en los pacientes naïve. La tasa de supervivencia de los pacientes con ustekinumab con un fármaco biológico previo o más fue de 97,1% y del 90%, respectivamente. El porcentaje de pacientes con una mejoría PASI 75 al final del estudio fue del 84,8%. Ningún paciente abandonó el tratamiento por evento adverso grave.

Conclusiones: El tratamiento con ustekinumab en pacientes con psoriasis moderada/grave que han tenido terapia biológica previa es eficaz y seguro con una excelente tasa de supervivencia bajo condiciones de práctica habitual.

3. INFORME BIOBADADERM 2015

I. García Doval^a, M.Á. Descalzo Gallego^a, G. Carretero Hernández^b, C. Ferrándiz^c, F. Vanaclocha^d, E. Dauden^e, P. de la Cueva^f, R. Jiménez Puya^g, E. Herrera^h, I. Belinchón Romeroⁱ, J.L. Sánchez Carazo^j, J.L. López Esteban^k, M. Alsina^l, Marta Ferrán^m, R. Torrado^b, J.M. Carrascosa^e, R. Rivera^d, M. Llamas^e, S. Galiano Mejías^f, R. Jiménez Puya^g, M.V. Mendiola^h y D. Ruiz Genao^k

^aUnidad de Investigación. Fundación AEDV. Madrid. España.

^bHospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas. Gran Canaria.

España. ^cGermans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

^dHospital 12 de Octubre. Madrid. España. ^eHospital de la Princesa.

Madrid. España. ^fHospital Infanta Leonor. Madrid. España.

^gHospital Reina Sofía. Córdoba. España. ^hHospital Clínico

de Málaga. Málaga. España. ⁱHospital General Universitario

de Alicante. Alicante. España. ^jHospital General U. de Valencia.

Valencia. España. ^kHospital Universitario Fundación Alcorcón.

Alcorcón. Madrid. España. ^lHospital Clínic. Barcelona. España.

^mHospital del Mar. Barcelona. España.

4. USO DEL METOTREXATO EN PSORIASIS: NUESTRA EXPERIENCIA DE 218 PACIENTES DURANTE 8 AÑOS

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

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Canarias. España.

Objetivos: Valoración de la eficacia y seguridad del Metotrexato utilizado según práctica clínica habitual en una serie de 218 pacientes con psoriasis.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se diseñó una base de datos para registrar la información epidemiológica, clínica, grado de respuesta al tratamiento y posibles efectos adversos de todos los pacientes portadores de psoriasis que estuviesen en tratamiento con Metotrexato según práctica clínica, en la Unidad de Psoriasis del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Para la valoración de acontecimientos adversos se utilizaron los mismos criterios que fueron utilizados en el estudio "Biobadaderm". El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 22.0.

Resultados: Se recogieron 218 pacientes, desde enero de 2007 a diciembre de 2014. El Metotrexato fue administrado en un 67% como primer tratamiento sistémico, siendo el PASI inicial de $7,4 \pm 6,7$ en estos pacientes. La edad promedio fue de $45,8 \text{ años} \pm 15$ y no se encontraron diferencias significativas entre sexos. La dosis inicial fue de 15 mg semanales en el 51% de los casos y de 10 mg en 28% (media de 12 mg). En un 87% la vía de administración inicial fue la oral y la duración media fue $17,2 \text{ meses} \pm 13,6$; en un 3,7% de pacientes ésta fue superior a 4 años. En todos los pacientes se asoció la administración de ácido fólico. En todos se realizó monitorización de hemograma, función renal y hepática (incluida la medición del péptido aminoterminal de procolágeno III), entre otros. Cerca del 68% de los pacientes presentaron alguna alteración analítica durante el trata-

miento. La gran mayoría fueron leves, transitorias y asintomáticas. Los motivos de suspensión fueron: intolerancia (12,8%), falta de eficacia (12,4%), remisión clínica (4,6%), alteraciones analíticas hepáticas (2,8%) o renales (0,5%), y otros motivos no relacionados con el medicamento (25,2%). Solo un paciente presentó neumonitis intersticial grave. Un paciente presentó una infección grave (neumonía), estando en tratamiento conjunto con Infiximab. Ninguno de los pacientes requirió biopsia hepática.

Conclusiones: A pesar del desarrollo de nuevos medicamentos, el bajo costo asociado con un buen perfil de eficacia y seguridad a largo plazo justifican el uso de Metotrexato como medicación de primera línea en psoriasis.

5. DOSIS ACUMULADA DE METOTREXATO Y FIBROSIS HEPÁTICA. EVALUACIÓN DE SU ASOCIACIÓN MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN

J.F. Mir Bonafé^a, E. Vilarrasa^a, A. López^a, J. Llaó^b, E. García Planella^b y L. Puig^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Digestivo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivo: Analizar la posible relación entre la dosis acumulada de MTX y la aparición de fibrosis hepática mediante una prueba no invasiva, la elastografía de transición (Fibroscan®). Evaluar los posibles factores de riesgo que influyen en esta relación.

Material y métodos: Realización sistemática de un Fibroscan® y una ecografía abdominal a todos los pacientes con psoriasis en tratamiento con MTX, independientemente de la dosis acumulada. Evaluación de pacientes con psoriasis sin tratamiento con MTX y pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (controles). Los pacientes se han separado en 2 grupos según su dosis acumulada de MTX (menor o mayor de 1,5 g).

Resultados: Tras 12 meses de reclutamiento, se han recogido 45 pacientes con psoriasis y 25 con enfermedad inflamatoria intestinal. El 56% de los pacientes en tratamiento de forma crónica con MTX han recibido una dosis acumulada de MTX inferior a 1,5 g, mientras que el 44% restante han sobrepasado esa cifra. No se han encontrado diferencias en el porcentaje de pacientes con resultados de alto índice fibrótico (F3/F4) en el Fibroscan® entre el grupo con dosis acumuladas de MTX inferiores a 1,5 g y el grupo con dosis acumuladas mayores a 1,5 g (18% vs 14%, $p < 0,05$). Todos los pacientes con resultado F3/F4 en el Fibroscan® presentan esteatosis en la ecografía hepática. El 50% de estos pacientes son consumidores habituales de alcohol y el 50% presentan obesidad o diabetes.

Conclusiones: No hemos observado asociación entre la dosis acumulada de MTX (superior a 1,5 g) y la presencia de fibrosis hepática (evaluada con elastografía de transición). Sin embargo, sí que se ha demostrado asociación entre alto índice de fibrosis (F3/F4) en el Fibroscan® y factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis hepática como el hábito enólico, la obesidad y la diabetes. Por lo tanto, los resultados indican que dosis altas acumuladas MTX pueden contribuir al desarrollo de fibrosis hepática en los pacientes con factores de riesgo asociados. Es recomendable el tratamiento de estos factores de riesgo en todos los pacientes con psoriasis que reciban MTX, siendo especialmente útil en estos casos realizar un seguimiento rutinario con elastografía de transición u otras medidas no invasivas.

6. MODELOS DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN ESPAÑA

J. Luelmo, J. Gratacós, et al

Hospital de Sabadell. Barcelona. España.

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas a 24 profesionales (12 reumatólogos, 12 dermatólogos que realizan

atención multidisciplinaria en pacientes con artritis psoriásica (APs). Se recogieron datos relacionados con el centro, servicio, población atendida y sobre el modelo de atención multidisciplinaria (tipo, recursos materiales y humanos, requerimientos de los profesionales, objetivos, criterios de entrada y salida, agendas, protocolos de actuación, responsabilidades, toma de decisiones, actividad investigadora y docente, sesiones clínicas conjuntas, creación/inicio, planificación, ventajas/desventajas del modelo y barreras/facilitadores en la implantación del modelo. Se describen sus características.

7. INFLUENCIA DE LAS VARIACIONES EN EL GEN *CDKAL1* EN LA RESPUESTA A TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON PSORIASIS

A. Batalla^{a,b}, D. González Fernández^a, J. Gómez^c, T. Abalde^b, L. Salgado Boquete^b, R. Queiro^d, E. Coto^c y P. Coto Segura^a

^aServicio de Dermatología. Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. España. ^bServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España. ^cServicio de Genética Molecular; ^dServicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. España.

Introducción y objetivos: Los tratamientos biológicos han revolucionado el pronóstico de la psoriasis. Sin embargo, a pesar de su elevada eficacia, su respuesta es heterogénea. En diferentes trabajos, variaciones en genes asociados a riesgo de psoriasis han demostrado tener influencia en la respuesta a estos fármacos. Dado que determinadas variaciones en la secuencia del gen *CDKAL1* se han relacionado con el riesgo de padecer psoriasis, nuestro objetivo consistió en determinar si dichas variaciones podían influenciar la respuesta al tratamiento biológico.

Material y métodos: Estudio transversal de los pacientes con psoriasis a tratamiento con fármacos anti-TNF por primera vez (pacientes *naïve*), con un seguimiento superior a 6 meses. Se recogieron datos relativos a la edad, género, edad de inicio de la psoriasis, índice de masa corporal, duración y gravedad de la psoriasis, presencia de artritis psoriásica e historia familiar de psoriasis. La respuesta a los fármacos anti-TNF se evaluó según la mejoría en el *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) del 50% (PASI50) o del 75% (PASI75) con respecto al PASI basal. Se consideró a los pacientes respondedores si alcanzaban un PASI75 o superior en la semana 24. De los pacientes se obtuvo sangre para el genotipado de los polimorfismos (o SNP: *single nucleotide polymorphisms*) rs6908425, rs4712523 y rs77152992 en el gen *CDKAL1*.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes, de los que 68 recibieron tratamiento con adalimumab, 25 con etanercept y 12 con infliximab. El porcentaje de respondedores fue del 67% (71/105). Los pacientes con el genotipo CC del SNP rs6908425 fueron significativamente más frecuentes entre los pacientes respondedores (50/71, 70%), que entre los no respondedores (15/34, 44%) (OR = 3,02, p = 0,009). Los resultados se mantuvieron estadísticamente significativos tras análisis de regresión logística incluyendo al *HLA-Cw6* y a la diabetes mellitus como factores de confusión. La distribución alélica o genotípica de los polimorfismos rs4712523 y rs77152992, no mostró diferencias entre respondedores y no respondedores.

Conclusiones: En la población de pacientes con psoriasis estudiada, el SNP rs6908425 en *CDKAL1* influencia la respuesta al tratamiento anti-TNF.

8. TRATAMIENTO BIOLÓGICO Y CIRUGÍA. ¿QUÉ DEBO HACER?

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

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

Los objetivos de la comunicación son: Conocer la evidencia existente en la literatura sobre las recomendaciones en el manejo del

tratamiento biológico en el período perioperatorio. Presentar el estudio sobre el manejo práctico en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas del registro Biobadaderm. Se analizan las complicaciones quirúrgicas según las diferentes variables (fármaco, suspensión del fármaco, tipo de intervención, etc).

9. VALORACIÓN DEL ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PSORIASIS

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

HU de Salamanca.

Introducción: En la práctica habitual dermatológica, el diagnóstico de psoriasis se realiza mediante una historia clínica detallada y la observación clínica de lesiones. Existen sin embargo pacientes en los que es preciso realizar una biopsia cutánea para confirmar el diagnóstico de psoriasis o descartar otro proceso con similitudes clínicas. En estos casos, la histopatología puede también presentar dificultades porque los hallazgos de algunas de estas enfermedades, clínicamente similares a la psoriasis muestran características histopatológicas semejantes también. En ocasiones, a pesar del intento de correlación clinicopatológica, un diagnóstico de certeza no es posible.

Objetivos: Valorar la expresión inmunohistoquímica de muestras cutáneas de pacientes con psoriasis, en particular proteínas del ciclo celular, y compararla con el perfil de expresión en varios procesos inflamatorios. Buscar marcadores inmunohistoquímicos que faciliten el diagnóstico dermatopatológico de la psoriasis.

Material y métodos: Se han estudiado en total 73 pacientes con psoriasis (casos) y 63 pacientes con otras enfermedades inflamatorias (controles) mediante el empleo de matrices tisulares. Se han llevado a cabo las siguientes tinciones inmunohistoquímicas: CDK1, CDK2, p63, p53, bcl-2, ciclina A, ciclina D1, ciclina E, p27, p21, y ki67.

Resultados: En nuestro trabajo la psoriasis presenta una mayor expresión de p63, ciclina E, p27, CDK2, ki67, ciclina A y CDK1 respecto al grupo control. Por el contrario, las siguientes proteínas exhiben una menor expresión en la psoriasis respecto a las otras enfermedades inflamatorias cutáneas estudiadas: p21, p53 y ciclina D1.

Conclusiones: La psoriasis presenta patrones de expresión inmunohistoquímica de las proteínas del ciclo celular estudiadas diferentes a los de otras enfermedades inflamatorias cutáneas. Consideramos la necesidad de ahondar en el conocimiento de estas diferencias con el fin de obtener una nueva herramienta para aquellos casos de psoriasis donde la certeza diagnóstica no está clara ni clínica ni histológicamente.

10. RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES SÉRICOS DE ADALIMUMAB Y LA RESPUESTA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE: INTERPRETACIÓN A PARTIR DEL PASI ABSOLUTO E IMPACTO DE LAS VARIACIONES DEL INTERVALO DE ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO

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

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Inmunología Clínica. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. España.

Introducción: La posibilidad técnica de monitorizar los niveles de fármaco y de anticuerpos antifármaco (Antidrug Antibodies; ADA) en el ámbito clínico ha abierto el camino a nuevas perspectivas en la optimización de la terapia biológica. Sin embargo, el primer reto pasa por demostrar una correlación entre los niveles séricos de fármaco y el curso clínico del paciente.

Objetivos: Evaluar la correlación entre los niveles séricos de adalimumab y el curso clínico de cada paciente a lo largo del seguimiento. Determinar la variabilidad de los niveles mínimos de fármaco en función de las variaciones del intervalo de administración del fármaco.

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

Resultados: Se evaluaron 78 determinaciones de 36 pacientes. El test de correlación de Spearman permitió comprobar una correlación lineal inversa ($Rho = -0,5$; IC 95% $-0,66$ y $-0,34$; $P < 0,0001$) entre el PASI absoluto y los niveles de fármaco. El análisis mediante la prueba t-Student mostró que los pacientes con un PASI > 3 y PASI > 1 presentaron una mediana de niveles de adalimumab significativamente inferiores con respecto a los pacientes con PASI < 3 ($-3,888$ ng/ml; $P < 0,0001$; IC 95% $-5,729$ to $-2,047$) y PASI menor o igual a 1 ($-4,082$ ng/ml; IC 95% $-2,478$ y $-5,687$; $P < 0,0001$). No se observaron diferencias significativas en los niveles de fármaco en función de la pauta de administración (40 mg cada 2, 3 o 4 semanas) - evaluados a través del análisis de la varianza (ANOVA) del test de comparación múltiple de Bonferroni-.

Conclusiones: Existe una correlación lineal entre los niveles de fármaco y el curso clínico interpretado por el PASI absoluto. La monitorización de niveles de fármaco puede ser un instrumento complementario a la evaluación clínica en el seguimiento de los pacientes y en la toma de decisiones.

11. PROSTATITIS TUBERCULOSA EN UN PACIENTE CON TERAPIA ANTI-TNF

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

Unidad de Psoriasis. U.G.C. Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción: El tratamiento profiláctico de la infección tuberculosa latente disminuye el riesgo de reactivación de la tuberculosis en los pacientes con terapia biológica. Sin embargo se han descrito casos de reactivación tuberculosa, tras profilaxis correcta, siendo el riesgo 2-27 veces mayor en pacientes con terapia anti-TNF respecto a la población general. La tuberculosis extrapulmonar representa nicamente el 10% de los casos de tuberculosis, siendo la prostatitis tuberculosa una forma de presentación excepcional. Presentamos el primer caso descrito de prostatitis tuberculosa en paciente con terapia anti-TNF.

Caso clínico: Varón de 45 años de edad con psoriasis en placas grave en tratamiento con anti-TNF alfa desde hacía 4 años. Previo al inicio de la terapia biológica, el paciente se diagnosticó de infección tuberculosa latente y realizó tratamiento profiláctico con isoniazida. Consultó por un cuadro de 2 meses de evolución de molestias urinarias y pérdida de peso. Tras múltiples pruebas complementarias que incluyeron biopsia prostática donde se objetivó granulomas necrotizantes de tipo tuberculoide y una PCR positiva para el complejo *Micobacterium tuberculosis*, se llegó al diagnóstico de prostatitis tuberculosa.

Discusión: La tuberculosis prostática es una de las formas más infrecuentes de la enfermedad tuberculosa, representando nicamente el 2,6 % de todas las formas genitourinarias. Para su diagnóstico necesita la comprobación microbiológica del *Micobacterium tuberculosis* mediante procedimientos invasivos. El tratamiento se

realiza con los regímenes para la tuberculosis extrapulmonar. Presentamos el primer caso descrito de prostatitis tuberculosa en paciente con terapia anti-TNF, que había realizado tratamiento correcto de forma profiláctica tras diagnóstico de tuberculosis latente.

12. TOLL-LIKE RECEPTORS COMO FACTOR MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA

M. Julià^a, C. Muñoz Santos^b, A. Guilabert^b, F. Lozano^c, A. Esteve^d, J.M. Carrascosa^e, J. Romani^f, M. Alsina^g y J.M. Mascaró Galy^h

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España. ^bServicio de Dermatología. Hospital General de Granollers. Barcelona. España. ^cServicio de Inmunología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España. ^dCentre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Barcelona. España. ^eServicio de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona. Barcelona. España. ^fServicio de Dermatología. Hospital Parc Taulí de Sabadell. Barcelona. España. ^gServicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivos: Los toll-like receptors (TLR), receptores centinela del sistema inmune innato capaces de activar una rápida respuesta inflamatoria frente a múltiples agentes agresores, podrían desarrollar un papel relevante en la psoriasis, ya sea como factor agravante o modificador de la enfermedad.

Material y métodos: Se incluyeron 304 pacientes con psoriasis que se clasificaron en psoriasis leve o moderada-grave según el uso de terapia tópica vs sistémica/biológica o fototerapia, respectivamente. Se recogieron otros datos clínicos y epidemiológicos como la presencia de artropatía, los antecedentes familiares y la edad de inicio de la enfermedad. Paralelamente, se secuenciaron un total de 8 polimorfismos de TLRs (TLR2, TLR4, TLR5 y TLR9) y se realizó un estudio estadístico de asociación con las variables clínico-epidemiológicas recogidas.

Resultados: Ningún polimorfismo de TLR mostró asociación con la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, los 3 polimorfismos del gen TLR9 sí mostraron influir en la edad de debut de la psoriasis.

Conclusiones: Los 3 polimorfismos estudiados del gen TLR9 influyeron en la edad de debut de la enfermedad y, consecuentemente, se mostraron como factores modificadores de la psoriasis. Ningún polimorfismo de TLR estudiado mostró influencia sobre la gravedad de la psoriasis.

Comunicaciones póster

1. TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA PSORIASIS GRAVE EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Loidi Pascual, A.D. Agulló Pérez, S. Oscoz Jaime, M. Azcona Rodríguez, R. Vives Nadal y J.I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra.

Introducción: Los pacientes ancianos con frecuencia presentan psoriasis grave que requieren de tratamientos sistémicos. Sin embargo se encuentran excluidos en los ensayos clínicos y hasta el momento han sido publicados muy pocos estudios que describan la efectividad y la seguridad de estos fármacos en esta edad poblacional.

Objetivos: analizar los datos epidemiológicos, los tratamientos recibidos y el perfil de seguridad en los pacientes mayores de 65 años tratados con fármacos biológicos en nuestro hospital.

Resultados: En el periodo 2011-2015 se pautaron fármacos biológicos en 10 pacientes mayores de 65 años. 2 pacientes eran mayores de 80 años. Los fármacos más utilizados fueron adalimumab (4 casos) y ustekinumab (4 casos). El periodo medio de tratamiento fue de 37,4 meses (mediana 49,5). En general los pacientes presentaron una buena tolerancia. 2 pacientes en tratamiento con adalimumab tuvieron que abandonar el tratamiento por efectos secundarios (hepatitis aguda e infección respiratoria severa). Tras la suspensión 1 paciente recibió otro fármaco biológico diferente, mientras el otro se trató con otras modalidades terapéuticas. El resto de pacientes (8) continúan con el mismo tratamiento que se les pautó, con una excelente tolerancia y con un PASI 60-90 mantenido en el tiempo.

Conclusiones: Aportamos una pequeña serie de pacientes ancianos con psoriasis tratados con fármacos biológicos. A pesar de no poder realizar conclusiones firmes dado el escaso número de pacientes, desde nuestra experiencia creemos que en general estos fármacos son bien tolerados. Debemos mantenernos alerta por el mayor riesgo de efectos secundarios graves que pueden presentar estos pacientes.

2. ARTRITIS PARADÓJICAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS. NUESTRA EXPERIENCIA

M.A. Sánchez Martínez, A. López Ferrer, E. Vilarrasa Rull y L. Puig Sanz

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

Los nuevos fármacos biológicos han revolucionado el tratamiento de la psoriasis. Si bien aportan una alternativa terapéutica segura y eficaz, se han descrito casos de aparición *de novo* y reactivación de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis durante el tratamiento biológico con fármacos que también son utilizados para el tratamiento de la artritis psoriásica. Presentamos 23 casos de artritis que aparecieron durante tratamiento biológico para la psoriasis. Estos casos fueron recogidos de forma retrospectiva en nuestro servicio entre febrero de 2005 y octubre de 2015. En 16 casos, los pacientes no tenían antecedentes de artritis psoriásica previa al tratamiento, por lo que se consideraron reacciones paradójicas al tratamiento. En la mayoría de casos se trató de un brote de artritis periférica (14/16), pero también se detectaron 3 casos de entesitis asociada y dos casos de artritis mixta. El tiempo medio de aparición de estos brotes de artritis fue de 11,9 meses (0-38 meses). Si bien los casos de aparición de artritis durante el curso de tratamiento con un fármaco biológico son considerados reacciones paradójicas en la literatura, existe también la posibilidad de que se trate de casos de artritis de aparición posterior a la psoriasis y que no son controladas con el tratamiento biológico en curso.

3. FACTORES PREDICTIVOS DE COMORBILIDAD PSÍQUICA EN PACIENTES CON PSORIASIS

A. Mateu Puchades^a, S. Santos Alarcón^a, J.J. Vilata Corell^b, M.C. Leal Cercós^c y M. Morales Suárez Valera^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ^bCatedrático de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. ^cCatedrática de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia. ^dCatedrática de Epidemiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia. Valencia. España.

Introducción: De forma progresiva a lo largo de los últimos años, se han identificado numerosas enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes psoriásicos. Por este motivo, el concepto de enfermedad psoriásica se ha modificado de

forma radical, dejando de considerarse una enfermedad exclusivamente cutánea, a considerarse una enfermedad sistémica con asociación a múltiples comorbilidades. Dentro de estas, la comorbilidad psíquica, juega un papel relevante, ya que su presencia, se ha relacionado con una peor respuesta al tratamiento y, a la inversa, la mejoría de la gravedad de la psoriasis disminuye la frecuencia de alteraciones psiquiátricas. Por otro lado, la personalidad pudiera estar implicada tanto como factor de riesgo para padecer la enfermedad y /o factor de riesgo de padecer otras comorbilidades psíquicas asociadas. Son pocas las publicaciones que se centran en el estudio de rasgos de personalidad en pacientes con psoriasis.

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio de casos controles 1:1 apareadas por edad y por sexo. Se incluyeron 226 individuos. Se utilizaron los cuestionarios: Inventario de depresión de Beck (IDB), inventario de ansiedad de Beck (IAB) y Cuestionario Salamanca para trastornos de personalidad. Inicialmente, se realizó un estudio descriptivo para determinar si había diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles. A continuación, se analizaron los factores para identificar posibles asociaciones entre ellos que estuvieran en relación con una mayor tendencia a depresión y ansiedad.

Resultados: En análisis descriptivo, los casos tuvieron puntuaciones por encima de la normalidad para el IDB y para IAB. Los casos tuvieron mayor riesgo de mostrar rasgos de personalidad marcados del grupo B y C frente a los controles. Con el análisis multivariante, obtuvimos aquellos factores de riesgo para presentar mayor sintomatología de depresión/ansiedad. Se dibujaron tres perfiles de pacientes con mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva: mujer psoriásica de menos de 40 años con artropatía, mujer psoriásica menor de 40 años con psoriasis en áreas visibles y tratamiento sistémico activo, mujer psoriásica de menos de 40 años con rasgos de personalidad marcados y síntomas de ansiedad. Del mismo modo con la ansiedad dibujamos dos perfiles de pacientes con mayor tendencia a tener sintomatología ansiosa: mujer psoriásica de menos de 40 años con artropatía. Mujer psoriásica de menos de 40 años con rasgos de personalidad marcados y síntomas de depresión.

Conclusiones: La sintomatología depresiva es más sensible a los factores relacionados con la propia psoriasis. La artropatía psoriásica es un factor que por sí sólo supone un aumento del riesgo de comorbilidad psíquica. Se evidencia la conexión entre la depresión, ansiedad y los rasgos de personalidad marcados.

4. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS INMUNOTERAPIAS EMERGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

C. Rodríguez Cerdeira

Servicio de Dermatología. Hospital do Meixoeiro y Universidad de Vigo. Pontevedra. España.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria y crónica de la piel.

Terapias biológicas actuales son muy eficaces en el tratamiento de la psoriasis, la transformación de las vidas de los pacientes con esta enfermedad incapacitante de manera significativa.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad de los nuevos tratamientos, fundamentalmente mediante revisión bibliográfica exhaustiva: Se incluyen los antagonistas de la IL-1 secukinumab, brodalumab y ixekizumab; los antagonistas de IL-23, guselkumab y tildrakizumab; y terapias de moléculas pequeñas oral, tofacitinib y apremilast.

Resultados y conclusiones: En este trabajo examinamos la evidencia de la eficacia y seguridad de estos nuevos tratamientos en la de psoriasis y de esta forma proporcionar una visión general de los agentes biológicos de una nueva era de la inmunoterapia para la psoriasis.

Palabras clave: Psoriasis. Biológicos. Eficacia. Seguridad. Apremilast. Brodalumab. Guselkumab. Ixekizumab. Secukinumab. Tildrakizumab. Tofacitinib.

5. MICROSCOPIA CONFOCAL DE REFLECTANCIA DE LA PSORIASIS EN PLACAS, GOTAS, ERITRODÉRMICA Y PALMOPLANTAR

A. Pampín, J.L. López Esteban, D. Ruiz Genao, R. Gamo Villegas, M. Uxúa Floristán Muruzábal y F.J. Pinedo Moraleda

Fundación Alcorcón.

Introducción: La microscopía confocal de reflectancia para psoriasis en placas ha mostrado una buena correlación con la histología.

Material y métodos: Presentamos un estudio prospectivo de 44 pacientes con distintos tipos de psoriasis (25 en placas, 15 en gotas, 2 palmoplantares y 2 eritrodérmicas estudiadas con microscopía confocal. Se analizaron la presencia de paraqueratosis, engrosamiento del estrato córneo, microabscesos de neutrófilos, inflamación epidérmica, acantosis, dilatación vascular e inflamación dérmica. Se realizaron biopsias de 27 pacientes procesadas de manera horizontal.

Resultados: Nuestros resultados para psoriasis en placas son comparables a los estudios previos. La mayoría de lesiones presentaban paraqueratosis, acantosis, infiltrado inflamatorio en dermis y epidermis. Comparando los grupos de psoriasis en placas y en gotas, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la presencia de papilas dérmicas mal delimitadas, honeycomb engrosado y circular, mucho más frecuentes en psoriasis en placas, y mayor infiltrado inflamatorio en dermis. La microscopía confocal no es útil para valorar las lesiones palmoplantares.

Discusión: Las características de la psoriasis valorada mediante microscopía confocal han sido previamente descritas, mostrando una buena correlación con la histología. Solo hay dos artículos de microscopía confocal en psoriasis diferentes a psoriasis en placas, un caso de eritrodermia y otro de psoriasis en gotas. Las diferencias encontradas entre psoriasis en placas y en gotas pueden estar relacionadas con las diferencias en cuanto a evolución y pronósticos de estos tipos de psoriasis. Además, la realización de cortes histológicos horizontales facilita la correlación de los hallazgos de microscopía confocal e histología.

Conclusiones: La microscopía confocal de reflectancia es una técnica útil en el diagnóstico de distintos tipos de psoriasis excepto la palmoplantar, y los hallazgos muestran una buena correlación con la histología.

6. POLIMORFISMOS ASOCIADOS CON LA RESPUESTA A ANTI-TNF ALFA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

G. Solano López^a, R. Prieto Pérez^b, M. Llamas Velasco^a, T. Cabaleiro^b, D. Ochoa^b, M. Talegón^b, O. Baniandrés^c, J.L. López Esteban^d, P. de la Cueva^e, F. Abad Santos^b y E. Daudén^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Farmacología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^cServicio de Dermatología. Gregorio Marañón. Madrid. ^dServicio de Dermatología. Alcorcón. Madrid. ^eServicio de Dermatología. Infanta Leonor. Madrid. España.

Introducción: Un polimorfismo de un solo nucleótido (SNP) constituye un cambio de base en una posición concreta del ADN y para considerarse como polimorfismo, debe aparecer en al menos 1 % de la población. En cuanto a los fármacos anti factor de necrosis tumoral (anti TNF) y la psoriasis, se ha estudiado la asociación de polimorfismos en el gen del TNF y su relación con la respuesta a estos

fármacos. Dada la relevancia de estos estudios para la futura optimización de la elección de tratamientos, hemos realizado un estudio caso-control seleccionando inicialmente 333 SNPs implicados en la etiopatogenia de esta enfermedad y genotipado posteriormente en el CEGEN 192 de esos SNPs.

Objetivos: analizar los polimorfismos asociados a la respuesta terapéutica a fármacos anti-TNF en pacientes con psoriasis moderada-grave.

Material y métodos: Estudio de casos (144) y controles (197). Se incluyeron pacientes con psoriasis moderada-grave que iniciaron tratamiento por primera vez con etanercept, adalimumab o infliximab. El parámetro de eficacia fue el PASI75 al inicio del tratamiento, 12-16, 24-28 y 48-52 semanas. En cada paciente se recogió una muestra de 3 mL de sangre en tubo con EDTA y se extrajo el DNA mediante MagNaPure System (Roche Applied Science, USA), cuantificando la concentración de ADN mediante el NanoDrop ND-100 (Wilmington, USA) y con posterior genotipado en el CEGEN mediante la plataforma Illumina Veracode. Las frecuencias genotípicas, alélicas, el test de equilibrio de Hardy-Weinberg y el análisis de ligamiento fueron realizados mediante el programa SNPstats.

Resultados: El estudio de eficacia en 144 pacientes tratados con anti-TNF mostró una asociación entre polimorfismos en los genes PGLYR4, ZNF816A, CTNNA2, IL12B, MAP3K1 y HLA-C3 y la respuesta PASI75 a los 3 meses de tratamiento. A los 6 meses sólo mantenían la asociación IL12B y MAP3K1. Además el polimorfismo en IL12B fue significativo al año de tratamiento.

Discusión: Este estudio es el primero en mostrar una asociación entre estos polimorfismos y la respuesta terapéutica. El SNP rs11126740, que fue el SNP más significativo a los 3 meses, se localiza en la proteína CTNNA2, una catenina que si se sobreexpresa puede producir una diferenciación anormal de los queratinocitos cutáneos. Queremos destacar los resultados en MAP3K1 y IL12B que se replicaron a los seis meses y al año y podrían ser predictoras de respuesta tanto a corto como a largo plazo en psoriasis.

Conclusiones: La asociación entre determinados polimorfismos y la respuesta terapéutica abre el camino hacia la individualización del tratamiento de la psoriasis moderada-grave.

7. BROTE DE PSORIASIS PROVOCADO POR ADALIMUMAB Y ETANERCEPT CON CAMBIO DE MORFOLOGÍA

S. Ezsol Lendvai, C. Faura Berruga, J.L. Aguda Mena, F. de Manueles Marcos y L. Pérez García

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Los fármacos anti-factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF alfa) se usan cada vez más en varias especialidades. A pesar de que son tratamientos de primera línea en la psoriasis grave, pueden provocar reacciones psoriasiformes como efecto secundario paradójico. Recientemente se han clasificado estas reacciones como psoriasis *de novo*, empeoramiento de una psoriasis previa sin o con cambio de morfología. Los casos de psoriasis o reacciones psoriasiformes *de novo* están bien documentados en la literatura. Sin embargo hay menos datos sobre la exacerbación de una psoriasis previa con cambio de morfología. Dentro de este grupo la forma de presentación más frecuente es la psoriasis guttata. Presentamos el caso de un paciente con psoriasis en placas leve con artritis que tras la 2ª dosis de adalimumab presentó un brote de psoriasis guttata, confirmada por biopsia. Se cambió tratamiento a etanercept: tras 8 dosis presentó psoriasis extensa en placas con BSI 15%. Al suspender etanercept e iniciar tratamiento con metotrexate el paciente tuvo una respuesta completa con blanqueamiento y controlándose la artritis. Se desconoce la patogenia de las reacciones psoriasiformes paradójicas aunque se han postulado varias hipóte-

sis y cada vez hay más evidencia de que son consecuencias de un efecto de clase de fármacos anti-TNF alfa, como también ocurrió en el caso presentado.

8. PARÁLISIS FACIAL COMO REACCIÓN ADVERSA TRAS TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

J. Saioa Oscoz, L. Loidi Pascual, A. Agulló Pérez, M. Azcona Rodríguez, M. Larrea García y J.I. Yanguas Bayona

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Introducción: La parálisis facial periférica derivada del tratamiento con Ustekinumab es un efecto secundario poco frecuente y apenas descrito en la literatura.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de dos varones de 41 y 43 años diagnosticados de psoriasis grave de años de evolución, que iniciaron tratamiento con Ustekinumab con buena respuesta y tolerancia, hace 4 y 2 años respectivamente, tras haber fracasado otros tratamientos sistémicos o biológicos. Ambos pacientes sufrieron un cuadro de parálisis facial periférica durante su tratamiento con Ustekinumab a dosis estándar de 45mg/12semanas. La clínica se resolvió completamente y sin secuelas tras tratamiento con corticoides orales a altas dosis. A ninguno de los dos pacientes se le suspendió el tratamiento biológico.

Discusión: Los fármacos biológicos han supuesto una revolución en el tratamiento de enfermedades como la psoriasis grave y uno de los factores más limitantes del uso de este tipo de medicamentos son las reacciones adversas potenciales asociadas a su efecto inmunosupresor. Las infecciones y las neoplasias malignas son los tipos de efectos secundarios más prevalentes y más descritos en la literatura. La parálisis facial periférica como consecuencia de tratamiento con Ustekinumab es una reacción adversa objetivada en el 0,1-1% de los pacientes tratados con este fármaco y clasificada dentro del subgrupo de reacciones adversas "poco frecuentes".

Conclusiones: La parálisis facial periférica es uno de los efectos secundarios potenciales del tratamiento con Ustekinumab que debemos tener presente ya que no es necesaria la suspensión del fármaco debido a su buena respuesta al tratamiento con altas dosis de esteroides sistémicos.

9. PEMBROLIZUMAB, UN NUEVO FÁRMACO INDUCTOR DE UN BROTE GRAVE DE PSORIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sahuquillo Torralba^a, C. Pujol Marco^a, A. Calle Andriño^a, O.J. Juan Vidal^b y R. Botella Estrada^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Oncología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. España.

Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal anti-neoplásico que pertenece al grupo de los nuevos fármacos estimulantes del sistema inmunitario (bloquea el receptor PD1 de los linfocitos T evitando su apoptosis). Presentamos el caso de un varón de 67 años de edad con diagnóstico desde hacía 3 meses de adenocarcinoma pulmonar metastásico. Presentaba una psoriasis estable localizada en codos, rodillas y glúteos que tras la segunda infusión de pembrolizumab se generalizó llegando a un BSA 81% y un PASI 33. Iniciamos tratamiento con acitretino y emolientes con buena respuesta inicial. Sin embargo, con los sucesivos ciclos de infusión de pembrolizumab presenté brotes de psoriasis severa sin respuesta a medicaciones habituales. Cuatro meses más tarde coincidiendo con la progresión del adenocarcinoma pulmonar por la pérdida de efecto del fármaco, la psoriasis comenzó a mejorar. Hasta la fecha no se ha reportado ningún caso de empeoramiento o inducción de psoriasis en pacientes tratados con pembrolizumab u otros inductores de respuesta inmune.

10. ESTUDIO DE LA VIDA SEXUAL DE PACIENTES CON PSORIASIS

B. Pérez Suárez y A. Rosino Sánchez*

**Servicio de Dermatología; ^bServicio de Urología. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.*

La esfera sexual es determinante para valorar la calidad de vida. No obstante, a pesar de haber una pregunta en el DLQI acerca de la vida sexual, existen muy pocos estudios que valoren este terreno de manera específica en pacientes con psoriasis.

Objetivos: evaluar la vida sexual en pacientes psoriásicos.

Material y métodos: A lo largo de 1 mes, se recogieron los datos de pacientes de primera visita con psoriasis y tras consentimiento informado, se completaron cuestionarios normalizados que valoran vida sexual (ASEX para hombres y para mujeres).

Resultados: Contestaron el cuestionario 21 mujeres y 29 varones. Puntuando de 1 (vida sexual muy satisfactoria) a 5 (vida sexual muy insatisfactoria), se halló un valor medio de 3,38 puntos para las mujeres y de 2,53 puntos para los hombres.

Conclusiones: El psoriasis es una patología crónica que parece afectar la vida sexual con mayor intensidad en mujeres que en hombres.

11. PREVALENCIA DEL IMPACTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON PSORIASIS

M.B. Madrid Álvarez^a y G. Carretero Hernández^b

^aPsicóloga y coordinadora de investigación. Servicio de Dermatología. ^bJefe de sección. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es medir el impacto psicológico que la psoriasis tiene en los pacientes que la padecen y son tratados en la Unidad de Psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Como objetivos secundarios: determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población de estudio; determinar el nivel de autoestima en la población de estudio; analizar las estrategias de afrontamiento de los pacientes con psoriasis ante su enfermedad y correlacionar los datos obtenidos en los cuestionarios con la calidad de vida del paciente.

Material y métodos: Estudio epidemiológico observacional trasversal sobre pacientes diagnosticados de psoriasis, con independencia de su gravedad. Se han empleado los cuestionarios: HADS, cuestionario de Autoestima de Rosenberg, Brief Cope Questionnaire 28 y Skindex 29. Se estimó un tamaño muestral de 196 pacientes para el grupo de pacientes con psoriasis así como un grupo control. Presentamos los datos del grupo de pacientes con Psoriasis (n=74).

Resultados: La media del PASI en nuestra muestra es de 1,4. En el cuestionario de Rosenberg, el 85% de los pacientes tienen una autoestima elevada (media de 33,8; +-4,92). En el Skindex 29, un 20% tiene una grave afectación de la calidad de vida relacionada con la salud, con una puntuación media de 27,72 (+-21,07). La puntuación media del HADS ha sido de 12,07 (+-7,74), puntuación que ya sugiere la existencia de ansiedad o depresión. De nuestra muestra el 47,3% son casos probables de depresión y/o ansiedad según HADS (puntuaciones >8 en los síntomas depresivos) el 25% de nuestra muestra podría tener depresión. Este dato es similar al encontrado en la literatura con un 23% de depresión en pacientes con psoriasis. El 19% (n=14) de la muestra toma algún ansiolítico o antidepressivo. Entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas encontramos que el afrontamiento activo, la aceptación y la reevaluación positiva son las más frecuentes, y las menos recurrir a la religión o al abuso de sustancias. Existe correlación positiva entre el PASI y el Skindex (p=0,003 y r=0,37).

12. POSIBLE INDUCCIÓN PARADÓJICA DE ARTRITIS INFLAMATORIA EN PACIENTES CON PSORIASIS TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS: RESULTADOS DEL GRUPO BIOBADADERM

D.P. Ruiz Genao^a, B. Pérez Zafrilla^{b,c}, J.L. Lopez Estebanz^a, I. Belinchón Romero^d, J.M. Carrascosa^e, M. Ferrán^f, F. Vanaclocha^g, F.J. Gómez García^h, E. Herrera Ceballosⁱ, I. García Doval^{b,j} y Grupo Biobadaderm

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España. ^bUnidad de Investigación. Fundación Academia Española de Dermatología y Venereología. Madrid. España. ^cUnidad de Investigación. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España. ^dServicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ^eServicio de Dermatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona. España. ^fServicio de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona. España. ^gServicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España. ^hServicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. ⁱServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España. ^jServicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

El tratamiento con fármacos antiTNF y ustekinumab se ha asociado al desarrollo de cuadros de poliartalgias, exacerbación de artritis reumatoide y casos aislados de desarrollo de artritis inflamatoria. Utilizando los datos del registro Biobadaderm se evaluó el riesgo de aparición de artritis inflamatoria de novo en pacientes con psoriasis en tratamiento con fármacos antiTNF o ustekinumab en comparación con aquellos en tratamiento con terapias clásicas sistémicas. Los datos obtenidos del registro Biobadaderm sugieren la hipótesis de que el tratamiento biológico podría inducir artritis inflamatoria paradójica meses después del inicio del tratamiento.

13. ANGIOSARCOMA ASOCIADO A ADALIMUMAB. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Agulló, L. Loidi, S. Oscoz, M. Azcona, J. Mitxelena e I. Yanguas

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Navarra. España.

Introducción: Adalimumab (Humira) es un anticuerpo monoclonal totalmente humanizado, dirigido contra una citoquina pleiotrópica implicada en múltiples vías inflamatorias -el factor de necrosis tumoral alfa (TNF alfa)-, que ha demostrado eficacia en el tratamiento de diversas patologías autoinflamatorias, entre ellas la psoriasis. Presentamos el caso de un paciente tratado con adalimumab que desarrolló un angiosarcoma paratesticular.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 80 años con obesidad de grado I y psoriasis en placas de más de 30 años de evolución, que en el año 2012 inició tratamiento con Adalimumab, manteniendo dicho tratamiento de forma continuada hasta enero de 2014, cuando se interrumpió por una neumonía. 10 meses después, acudió a consulta de C. General por una tumoración inguinal de varios meses de evolución. Durante la intervención, se descubrió una masa a lo largo del cordón espermiático con infiltración hasta el testículo. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de angiosarcoma paratesticular.

Discusión: Desde su introducción a mediados de la década pasada y de la misma forma que otros anti-TNF, existe cierta controversia sobre su utilización y el posible incremento del riesgo de desarrollar neoplasias a largo plazo (controversia a la que contribuye la dualidad pro y anti cancerosa que de por sí tiene el TNF alfa). Por ello la aparición en este grupo de pacientes de tumores malignos, especialmente si éstos son infrecuentes o inesperados, suele revestir un especial interés. Revisando la literatura inglesa, no hemos

encontrado referencias a casos de angiosarcoma en pacientes en tratamiento con Adalimumab. Si aparecen varios casos publicados sobre asociaciones entre Humira y otros tumores vasculares como el sarcoma de Kaposi.

Conclusiones: Presentamos el que hasta la fecha, constituye el primer caso descrito en la literatura de angiosarcoma en un paciente tratado con Adalimumab.

14. NO TODAS LAS PÚSTULAS SON PSORIASIS

L. Berbegal, F.J. de León, I. Belinchón e I. Betllloch

H.G. de Alicante.

Caso clínico: Paciente de 64 años diagnosticado de psoriasis en placas en tratamiento con corticoides tópicos, que consultó por unas lesiones en el abdomen y en los antebrazos que cursaban a brotes todos los veranos desde hacía unos cinco años. Se trataba de lesiones pápulo-vesiculosas y pustulosas sobre una base eritematosa que evolucionaban hacia lesiones eritematodescarnativas y anulares. En la biopsia cutánea se apreció un denso infiltrado inflamatorio en la porción superior de la dermis compuesto mayoritariamente por neutrófilos y linfocitos. Los neutrófilos eran especialmente numerosos en algunas papilas y en algunos puntos se introducían en la epidermis, formando pequeños acúmulos por debajo de la capa córnea donde formaban pústulas. Además la epidermis mostraba discreta acantosis y ortoqueratosis. La tinción PAS y la inmunofluorescencia directa de piel perilesional resultaron negativas. El diagnóstico fue de dermatosis pustulosa subcórnea (DPS). Las lesiones se resolvieron espontáneamente al finalizar el periodo estival y actualmente el paciente permanece asintomático en seguimiento.

Discusión: En ocasiones la psoriasis puede acompañarse de otras enfermedades dermatológicas y suponer un reto en la práctica clínica. En nuestro caso la presentación clínica planteó el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Grover, la psoriasis pustulosa y/o el pénfigo IgA. De hecho, la DPS es una enfermedad que siempre ha estado sometida a controversia ya que algunos autores cuestionan su existencia como entidad independiente y la consideran una forma de psoriasis pustulosa, mientras que otros autores la engloban dentro de un tipo de pénfigo IgA, permaneciendo todavía desconocida su etiología. Además no es infrecuente encontrarla asociada a otras patologías como la gammopatía clonal de tipo IgA, el mieloma múltiple, el pioderma gangrenoso, o la enfermedad inflamatoria intestinal entre otras. Describimos un caso de esta entidad asociado a psoriasis en placas.

15. OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

M. Llamas Velasco, E. Ramírez Herraiz y E. Daudén

Departamento de Dermatología y Farmacología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

El tratamiento de la psoriasis moderada-grave con fármacos biológicos supone un importante coste dado que estos tratamientos son responsables de aproximadamente el 90% de coste de tratamiento de la psoriasis por lo que su optimización, es decir, el empleo de las dosis mínimas capaces de conseguir eficacia es especialmente necesario en el contexto actual de crisis sanitaria. Hemos realizado un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional con todos los pacientes tratados con fármacos biológicos en un hospital terciario y hemos estudiado los cambios de dosificación de dichos pacientes y su influencia en el coste y en la seguridad. Se ha considerado desintensificación el uso de una dosis inferior a la indicada en ficha técnica conseguida mediante el uso de menos fármaco o bien al aumento en el intervalo de administración del fármaco. Lo contrario ha sido definido como desintensificación. Ninguno de nuestros pacientes trata-

dos con infliximab estaba desintensificado. Por tanto hemos analizado 303 tratamientos subcutáneos en 214 pacientes (58% varones) con edades medias de 45,4 años. En nuestros pacientes un 38.8% usaban dosis estándar, un 30,7% estaban desintensificados y un 26,1% estaban intensificados. El tiempo medio de seguimiento antes de desintensificar a un paciente era de 1,36 años y la estrategia fue usada en un 6,1% de pacientes tratados con etanercept, en un 38,4% de los pacientes tratados con adalimumab y en el 55,6% de los pacientes tratados con ustekinumab. En todos los casos mediante aumento del intervalo de administración. Se observa además un aumento de la frecuencia de desintensificación a partir de 2009 con un porcentaje máximo, mantenido desde 2011. En cuanto al análisis multivariante, la regresión de COX mostró que la persistencia del tratamiento desintensificado era mayor en pacientes con psoriasis diagnosticada hacía más tiempo y que la persistencia de los tratamientos de los pacientes desintensificados no era menor que la de los usados a dosis estándar. Por último, observamos que el riesgo de suspensión de etanercept aumenta con la edad y con el número de tratamientos sistémicos previos mientras que para adalimumab, la persistencia del tratamiento era peor en pacientes tratados con 2 o más biológicos con anterioridad o con más de 4 fármacos sistémicos. No hubo diferencias de eficacia entre ambos grupos y sí de coste, inferior en los pacientes desintensificados. Por tanto, la práctica de la desintensificación ayuda a mejorar costes sin reducir la eficacia en el control del tratamiento y sin producir ningún problema adicional en cuanto a seguridad del mismo.

16. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS LEVE-MODERADA

M. Llamas Velasco, J. García, G. Carretero, V. Rocamora, E. Fonseca, F. Lafuente, I. Belinchón, J.L. López Esteban, O. Baniandrés, P. de la Cueva, F. Vanaclocha, C. Muñoz, J.M. Carrascosa, M. García Bustinduy, S. Ribera, M. Marrón y E. Daudén

Estudio multicéntrico.

En práctica clínica habitual ocasionalmente se inician tratamientos para la psoriasis que no cumplen la ficha técnica. Por tanto hemos analizado la efectividad y la seguridad de ustekinumab cuando se emplea en pacientes con psoriasis en placas (PASI < 10 y BSA < 10) realizando un estudio observacional retrospectivo de 100 pacientes de 16 hospitales españoles. Hemos recogido datos demográficos de la psoriasis y basalmente PASI, BSA, PGA y DLQI que han sido analizados en cada punto del seguimiento, a 25 meses. Nuestros pacientes, varones en un 59% y con una media de edad de 46.6 años eran naive a fármacos biológicos en un 24%. Los tratamientos se iniciaron con un PASI medio de 5,55 y un DLQI de 6. El porcentaje de mejoría del PASI a los 4 meses fue de un 70,9% que se mantuvo a los 25 meses, lo que correlaciona con PASI medios al mes de 2,92 y de 1,61 a los 25 meses. En cuanto al PGA; un 66.7% obtuvieron PGA 0 a los 25 meses. También se observó una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, que tuvieron DLQI entre 0,92 y 1,64 durante el seguimiento. Se observó una correlación negativa entre el índice de masa corporal, el número de tratamientos biológicos previos y la probabilidad de alcanzar un PASI 100. En cuanto a seguridad, 25 pacientes tuvieron efectos adversos leves, que no supusieron la suspensión del fármaco y no se observaron efectos adversos graves. Nuestro estudio es el primero de uso de ustekinumab en esta población y, dada la definición de la misma, aparte del PASI absoluto y el porcentaje de reducción del PASI respecto al basal, hemos realizado también la medición del PGA, más adecuado en este caso. Como limitaciones de este estudio esta su carácter retrospectivo y que no aporta información concreta de las causas de inicio de ustekinumab en esta población. En conclusión, ustekinumab es potencialmente útil en este grupo de pacientes en los que muestran un buen perfil de efectividad y seguridad aunque debería valorarse el estudiar los motivos que han llevado a su uso en una población en la que no está indicado en ficha técnica.

17. DERMATOSIS PSORIASIFORMES DURANTE EL TRATAMIENTO ANTI-TNF: EXPLICANDO ALGUNOS CASOS

P. Herranz, M.L. Alonso, A. Mayor, J. González, M. Beato y A. García Perea

Servicio de Dermatología; Servicio de Anatomía Patológica y Microbiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Objetivos: Se plantea que la infección por staphylococcus aureus puede justificar la aparición de dermatitis psoriasiformes en pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF.

Material y métodos: Se describe una serie de 4 pacientes con e de Crohn en tratamiento prolongado con anti-TNF (2 infliximab, 2 adalimumab), sin antecedentes personales de psoriasis y que debutaron durante el tratamiento con dermatitis psoriasiformes, clínicamente similares a numerosos casos publicados y atribuidos a "psoriasis paradójicas". En todos nuestros pacientes se demostró infección persistente por s aureus, con resolución completa de las lesiones tras el tratamiento antibiótico correspondiente.

Conclusiones: Habitualmente, las infecciones bacterianas cutáneas no suponen un problema significativo en los pacientes en tratamiento anti-TNF. Se considera que su prevalencia es baja, y han sido descritas de forma muy infrecuente tanto en ensayos clínicos como en práctica clínica habitual. Por el contrario, son muy frecuentes en las series publicadas las referencias a dermatitis psoriasiformes o eccematosas, habitualmente mal definidas desde el punto de vista clínico y que se atribuyen a un teórico efecto paradójico ante el tratamiento anti-TNF. A partir de los casos descritos, se propone que la infección crónica por s aureus debería plantearse dentro del diagnóstico diferencial de las dermatitis psoriasiformes asociadas al tratamiento con fármacos anti-TNF. Esta asociación podría ser especialmente significativa en pacientes con e. de Crohn, que en numerosas ocasiones son remitidos a Dermatología por la aparición de erupciones cutáneas no esperables o atípicas.

18. CARACTERIZACIÓN DE LA RNASA MCPIP1 EN LA PSORIASIS

M. Ferran^a, E. Ruiz Romeu^b, M. Marcuello^b, B.A. Celada^b, J. Jura^c, R.M. Pujol^a y L.F. Santamaría Babi^{a,b}

^a*Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

^b*Departamento de Fisiología e Inmunología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.* ^c*Department of General Biochemistry. Jagiellonian University. Krakow. Polonia.*

Introducción y objetivos: ZC3H12A codifica para una RNasa conocida como MCPIP1. Se ha descrito que está sobreexpresada en piel psoriática, y que recupera niveles normales tras la resolución de la psoriasis con los nuevos tratamientos que bloquean la vía Th17. Sin embargo, el papel de dicha RNasa en la psoriasis es desconocido. Nuestro objetivo es analizar la distribución de MCPIP1 en la piel afecta de psoriasis y cómo se modula por IL-17A.

Material y resultados: La estimulación de queratinocitos en cultivo mediante IL17A evidenció un aumento de la expresión y de los niveles de proteína ZC3H12A/MCPIP1 de forma precoz. El estudio inmunohistoquímico en piel con psoriasis mostró la presencia predominante MCPIP1 en las capas suprabasales-espinosas, a diferencia de la piel sana en la que MCPIP1 se focalizaba en la capa granulosa. Los estudios de citometría de flujo de suspensiones de células epidérmicas confirmó que en las muestras procedentes de controles sanos, la subpoblación MCPIP1+ se encontraba principalmente en los queratinocitos más diferenciados (KRT10⁺CD29⁻), mientras que en muestras de psoriasis, también los queratinocitos menos diferenciados (KRT10⁺CD29⁺) se marcaban con MCPIP1. Al incubar las suspensiones celulares con IL17A, se detectó un ligero aumento de la subpoblación MCPIP1+, especialmente en el compartimento KRT10⁺CD29⁻ de las muestras de psoriasis.

Conclusiones: Los resultados sugieren que MCP1 se expresa de forma aberrante en la epidermis psoriática y que puede estar involucrada en la alteración de la diferenciación epidérmica mediada por IL-17A.

19. LA TERAPIA ANTI-TNF- α MEJORA LA FUNCIÓN Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 6 MESES

M. Marcellan^a, T. Pina^b, A. Corrales^b, R. López Mejías^b, S. Armesto¹, M.A. González López^a, I. Gómez Acebo^c, B. Ubilla^b, S. Remuzgo Martínez^b, M.C. González Vela^d, R. Blanco^b, J.L. Hernández^e, J. Llorca^e y M.A. González Gay^b

^aDermatology Division. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. España. ^bEpidemiology, Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases. Rheumatology Division. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. España. ^cDepartment of Epidemiology and Computational Biology. School of Medicine. University of Cantabria. and CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). IDIVAL. Santander. España. ^dPathology Division. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. University of Cantabria. Santander. España. ^eDepartment of Internal Medicine. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. España.

Objetivos: Determinar si el uso del anticuerpo monoclonal antiTNF- α adalimumab puede mejorar la función endotelial y la rigidez arterial en pacientes con psoriasis moderada-severa.

Material y métodos: Estudio prospectivo con una serie de 29 pacientes con psoriasis moderada-severa que han completado 6 meses de tratamiento con adalimumab. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad renal, hipertensión e índice de masa corporal ≥ 35 Kg/m². Se evaluó la función endotelial mediante la medición de la vasodilatación mediada por flujo (VMF o FMD) por ecografía de la arteria humeral y la rigidez arterial mediante el análisis de la onda de pulso (PWA) de la arteria carótida. Ambas determinaciones se llevaron a cabo al inicio del tratamiento y a los 6 meses.

Resultados: Se observó una mejora significativa de la función endotelial en los pacientes que completaron 6 meses de tratamiento con adalimumab. La VMF media al inicio era de $6,19 \pm 2,44\%$ y de $7,46 \pm 2,43\%$ a los 6 meses ($p = 0,008$). En cuanto a la rigidez arterial, los niveles de PWA al inicio ($6,28 \pm 1,04$ m/s) disminuyeron a $5,69 \pm 1,31$ m/s a los 6 meses ($p = 0,03$).

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis moderada-severa muestran mejoría de la función endotelial y de la rigidez arterial tras el tratamiento con adalimumab. Estos resultados son especialmente relevantes debido al aumento del riesgo cardiovascular de los pacientes con psoriasis severa.

20. PSORIASIS EN PLACAS MODERADA. RESPUESTA A SECUKINUMAB

M.P. Gil Mateo, R. Cabrera Paz y R. Burgos Regalado

Servicio de Dermatología. Hospital General de La Palma. Santa Cruz de Tenerife. Canarias. España.

Secukinumab es un anticuerpo monoclonal frente a IL-17, y es el último fármaco biológico autorizado para el tratamiento del Psoriasis. En ensayos clínicos ha demostrado gran eficacia, con alto porcentaje de remisiones clínicas. Se presenta un caso que había fallado a las terapias biológicas previas. Varón de 59 años, diagnosticado de psoriasis en 1997, que consultó en el 2008 por Psoriasis en placas moderada (PASI = 12,6), que ya había recibido los tratamientos sistémicos clásicos (Acitretina, Metotrexate y Ciclosporina A). Además el paciente tenía como patología de base hipertensión ar-

terial y dislipemia. Se inició tratamiento con Etanercept a la dosis habitual, experimentando el paciente importante mejoría, sin llegar nunca a alcanzar un PASI de 0. A los 2 años, el tratamiento perdió eficacia, por lo que se decidió cambiar a Adalimumab, y el paciente a los 3 meses alcanzó un PASI de 0. Cuando llevaba 1 año de tratamiento lo dejó por un supuesto efecto secundario que no se demostró, y volvió a empeorar. Se reintrodujo Adalimumab, con buena respuesta, pero 1 año más tarde, el tratamiento perdió eficacia, por lo que se decidió asociar Metotrexato, pero no se consiguió mejoría de la respuesta y se decidió suspender Adalimumab. En enero de 2015 se inició tratamiento con Ustekinumab + Metotrexate, sin conseguir buena respuesta al tratamiento; por todo ello se empezó con Secukinumab en Septiembre de 2015, y tras las 3 primeras dosis semanales el paciente ya consiguió un PASI de 0.

21. PSORIASIS GRAVE EN UNA PACIENTE CON MEN 2A

S. Santos Alarcón^a, C. Sanchís Sánchez^a, F.C. Benavente Villegas^a, M.Á. Martínez Ferrer^b y A. Mateu Puchades^a

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción: Se conoce que varias terapias sistémicas utilizadas en el tratamiento de la psoriasis se han asociado a un aumento de riesgo de reactivación o de neoplasias de novo. No existen protocolos de actuación, ni guías de tratamiento del psoriasis, en pacientes psoriásicos con situación especial, de historia neoplásica, entre sus antecedentes médicos.

Caso clínico: Mujer de 42 años con psoriasis moderado-grave desde los 15 años de edad. Entre sus antecedentes personales relevantes destacaba el diagnóstico y tratamiento de un carcinoma medular de tiroides en el año 2004, y una suprarrenalectomía por un feocromocitoma en 2008, todo ello dentro del contexto clínico de un Síndrome de neoplasia endocrina múltiple 2^a (MEN 2^a), confirmado por mutación del protooncogen RET. A lo largo de los años, había recibido en varias ocasiones fototerapia tanto terapia UVB-nb, como terapia PUVA en varias ocasiones y múltiples tratamientos tópicos. Acude remitida por empeoramiento de su psoriasis. En el momento la exploración física evidenció una psoriasis extensa con PASI 16.2, BSA 25% y un DLQI de 15. Además asociaba tumefacción y dolor en articulaciones metacarpofalángicas de la mano derecha y tumefacción de 1 dedo de pie izquierdo que fue valorado por reumatología legando al diagnóstico de sospecha de artropatía psoriásica. La decisión terapéutica se llevó a cabo en la Consulta Conjunta de Dermatología y Reumatología, tras valoración multidisciplinar (Reumatología, Dermatología, Oncología y Endocrinología). Se optó por iniciar tratamiento con Metotrexato, actualmente con 15 mg/semanas y habiendo obtenido reducción a PASI 50, y control de su artropatía.

Discusión: Se requiere precaución, a la hora de escoger una opción terapéutica, al igual de un equipo multidisciplinar para llegar a una decisión. Además es necesario el hacer partícipe al paciente en la decisión con una adecuada información sobre la evidencia disponible.

22. ¿ES CONVENIENTE REALIZAR UN IGRA ANUAL PARA DETECTAR TUBERCULOSIS LATENTE EN NUESTROS PACIENTES CON TERAPIA BIOLÓGICA?

M. García Bustinduy^a, S. Campos^b, A. de Andrés^a, S. González^a, N. Pérez Robayna^a, E. Fagundo^a, C. Vázquez^a, I. Latour^a, M. Arteaga^a, F.J. Guimerá^a y M. Lecuona^b

^aServicio de Dermatología; ^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

El empleo de fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores, en especial la denominada Terapia Biológica en enfermedades inflamatorias, ha obligado a los especialistas a introducir, en su práctica diaria, protocolos de detección de infecciones latentes

víricas, bacterianas o por micobacterias, siguiendo las indicaciones de diferentes grupos de expertos nacionales o internacionales. El cribado de infección tuberculosa latente es un tema de gran discusión en los últimos años. Los protocolos y Guías de manejo de la psoriasis en Estados Unidos, Europa y España detallan la necesidad de realizar anamnesis, pruebas como el Mantoux, Booster o, más recientemente, los *Interferon-Gamma Release Assays* o IGRA antes de iniciar el tratamiento y, de manera periódica, a lo largo del curso del tratamiento, en general, anualmente. Sin embargo, diversas series muestran que no hay necesidad de realizar tests para detectar tuberculosis latente, más allá del primer año de tratamiento con fármacos anti-TNF. La recientemente publicada Guía de tratamiento Europea recomienda realizar una búsqueda previa y mantenerse alerta a lo largo del tratamiento haciendo hincapié en la historia clínica sobre todo. Con estos datos en mente decidimos analizar los resultados de los IGRAs realizados a nuestros pacientes con Terapia biológica desde 2011 hasta 2015. **Material y métodos:** Se recogieron los datos de las historias clínicas y analíticas, trasladándolos a una hoja Excel para su posterior análisis estadístico.

Resultados: 674 pacientes sometidos a terapia biológica de los cuales 405 se realizaron Quantiferon Gold In Tube. 112 dos, 73 tres, 63 cuatro y 21 pacientes cinco desde 2011 hasta septiembre de 2015. La media de solicitudes fue de 242 al año. Hemos tenido una media en torno a 17 positividades al año. Los pacientes fueron remitidos al Servicio de Neumología para tratamiento. Ningún paciente desarrolló tuberculosis en nuestra serie.

Discusión: En un momento en el que nuestras Guías comienzan a recomendar mantener la alerta en la detección de casos de tuberculosis entre los pacientes con terapia inmunomoduladora mediante la anamnesis dirigida a contactos o viajes, por ejemplo y no especifican la necesidad de realizar pruebas de laboratorio anuales, otras especialidades como Reumatología o Digestivo mantienen la realización de Mantoux y Booster anual, como es el caso de Reumatología entre cuyos enfermos aparecen, de forma destacable, casos de tuberculosis extrapulmonar complicados.

Conclusiones: Dado el corto tiempo con el que contamos en consulta habitualmente proponemos mantener, con un cierto intervalo, la solicitud de pruebas de laboratorio para la detección de Infección tuberculosa latente.