

RETANDO LA PSORIASIS

CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Patrocina:



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA



1. Brote de psoriasis pustulosa tras infección COVID-19 en paciente complejo.

A pesar de la gran revolución terapéutica experimentada en psoriasis, existen pacientes complejos en los que es difícil conseguir un adecuado control debido a sus comorbilidades y/o formas más infrecuentes de enfermedad psoriásica.

Presentamos el caso de un varón de 75 años con múltiples comorbilidades incluyendo cardiopatía isquémica, EPOC, diabetes mellitus, nefropatía diabética y psoriasis en placas. Acudió a Urgencias por un cuadro de infección de vías respiratorias altas (posteriormente diagnosticado de COVID-19) junto con empeoramiento marcado de sus lesiones cutáneas. Se encontraba en tratamiento con risankizumab, habiendo recibido previamente apremilast, acitretino, fototerapia y tratamientos tópicos. A la exploración presentaba grandes placas eritematosas de morfología anular, con zonas periféricas descamativas y algunas pústulas en su superficie. Afectaban a zona facial, tronco, miembros superiores e inferiores, abarcando un 66% de la superficie corporal total. Se decidió iniciar bimekizumab en pauta estándar, con resolución de las lesiones tras 8 semanas de tratamiento. Este buen control se mantuvo durante 32 semanas. Posteriormente volvió a presentar un empeoramiento grave, coincidiendo con una agudización de EPOC que precisó ingreso hospitalario. Dada la refractariedad previa a otros tratamientos y sus múltiples comorbilidades se decidió intensificar la pauta de bimekizumab (pauta mensual), logrando un adecuado control de la enfermedad.

Anamnesis

Varón de 75 años con antecedentes de psoriasis en placas que acude a Urgencias por empeoramiento de la misma junto con un cuadro de fiebre, tos y odinofagia. Como comorbilidades presentaba:

- ❖ Infarto agudo miocardio 2008
- ❖ Fibrilación auricular
- ❖ EPOC
- ❖ Diabetes mellitus → nefropatía diabética
- ❖ HTA
- ❖ Dislipemia



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamientos previos recibidos



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física



El paciente presentaba múltiples placas rojo intenso, de morfología anular, con zonas descamativas y algunas pústulas en su superficie. Afectaban a miembros inferiores y superiores, tronco y cara. En zonas distales presentaba pápulas puntiformes rojo intenso (Fig. 1).

Fig. 2: Placas eritematosas intensas presentadas por el paciente a su llegada a urgencias en tronco y zona proximal de extremidades. Pápulas más pequeñas en zonas distales, de morfología puntiforme.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS





Fig. 2

A pesar de la mejoría del resto de su sintomatología, las lesiones cutáneas empeoraron (Fig. 2, Fig. 3), hasta alcanzar un BSA del 66% y PGA 6.



Fig. 3

Fig. 2: Placas eritematosas anulares con zonas descamativas, costrosas y algunas pequeñas pústulas en periferia.

Fig. 3: Detalle de la afectación lingual en la que se observa un área depapilada en el lateral de la lengua, con bordes geográficos.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Exploraciones complementarias

PCR COVID 19 positiva

Biopsia cutánea:

- Extensa paraqueratosis con microabscesos de Munro y pústulas subcórneas.
- Espongiosis, exocitosis linfocitaria y pérdida focal del estrato granuloso.
- Extravasación hemática en dermis papilar con ligera neutrofilia perivascular.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución

- A las 8 semanas del inicio del tratamiento el paciente presentaba una mejoría muy significativa (Fig. 4).



Fig. 4: Manchas eritematovioláceas de aspecto residual presentadas por el paciente a las 8 semanas de tratamiento, sin placas de aspecto activo o nuevas lesiones.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución

- Esta mejoría se mantuvo hasta la semana 32, cuando ingresó de nuevo por una agudización de EPOC junto con un brote grave cutáneo.
- Debido al empeoramiento llamativo, sus comorbilidades y la refractariedad previa a otros tratamientos, se decidió adelantar la dosis de bimekizumab a las 4 semanas.
- El paciente experimentó una mejoría lenta, por lo que se ha mantenido intensificado cada 4 semanas durante 6 meses, alcanzando un adecuado control de su enfermedad.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Diagnóstico

Brote de psoriasis en forma pustulosa anular. Posiblemente desencadenado por infección por COVID-19.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Tratamiento

Se decidió iniciar bimekizumab en pauta estándar.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Comentario

- Bimekizumab es un inhibidor de las interleuquinas (IL) 17A y 17F con eficacia para psoriasis en placas¹⁻⁴.
- Se han reportado 5 casos en psoriasis pustulosa, describiendo práctica resolución de las lesiones a la semana 2-4⁵⁻⁸. Además, en una serie de 21 pacientes con pustulosis palmoplantar, el 81% alcanzó remisión tras 1-4 meses⁹.
- Esta buena respuesta en formas pustulosas puede estar relacionada con la vía de IL-36, citoquina fundamental en la patogenia de esta enfermedad, ya que en los ensayos clínicos de bimekizumab se observó una reducción en los niveles de IL-36 de los pacientes con psoriasis en placas tratados con este fármaco¹.
- Nuestro paciente experimentó una rápida y llamativa mejoría inicial, sin embargo, posteriormente presentó un nuevo brote de que precisó intensificar la pauta. A pesar de la gran revolución terapéutica en psoriasis, existen pacientes en los que es difícil conseguir un adecuado control debido a sus comorbilidades o formas más infrecuentes de enfermedad psoriásica.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Bibliografía

1. Oliver R, Krueger JG, Glatt S, Vajjah P, Mistry C, et al. Bimekizumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: efficacy, safety, pharmacokinetics, pharmacodynamics and transcriptomics from a phase IIa, randomized, double-blind multicentre study. *Br J Dermatol*. 2022; 186(4):652-663. doi: 10.1111/bjd.20827.
2. Thaï D, Vender R, de Rie MA, Conrad C, Pariser DM et al. Safety and efficacy of bimekizumab through 2 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: longer-term results from the BE SURE randomized controlled trial and the open-label extension from the BE BRIGHT trial. *Br J Dermatol*. 2023; 188(1):22-31. doi: 10.1093/bjd/ljac021.
3. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Langley RG, Armstrong A, et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2021; 397(10273):487-498. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00125-2.
4. Gargiulo L, Narcisi A, Ibba L, Balato A, Bianchi L, et al. Effectiveness and safety of bimekizumab for the treatment of plaque psoriasis: a real-life multicenter study-IL PSO (Italian landscape psoriasis). *Front Med (Lausanne)*. 2023; 10:1243843. doi: 10.3389/fmed.2023.1243843.
5. Shukuin R, Koizumi H, Ebata A, Imai S, Yamashita Y, et al. Successful combination therapy of bimekizumab and granulocyte monocyte adsorption apheresis for generalized pustular psoriasis complicated with microscopic polyangiitis. *J Dermatol*. 2023; 50(6):e181-e182. doi: 10.1111/1346-8138.16707.
6. Hagino T, Saeki H, Kanda N. Two cases of generalized pustular psoriasis successfully treated with bimekizumab. *J Dermatol*. 2023; 50(10):e357-e358. doi: 10.1111/1346-8138.16866.
7. García-Rodríguez V, Salleras-Redonnet M. Plaque psoriasis, generalized pustular psoriasis, palmoplantar pustulosis, and acrodermatitis continua of Hallopeau successfully treated with bimekizumab: a promising therapeutic approach. *Eur J Dermatol*. 2024; 34(4):448-449. doi: 10.1684/ejd.2024.4751.
8. Ogawa Y, Maejima E, Takeichi T, Okamoto T, Mitsui H, et al. Generalized pustular psoriasis patient with a heterozygous hypomorphic MPO variant refractory to intravenous spesolimab. *J Dermatol*. 2024. doi: 10.1111/1346-8138.17464.
9. Passeron T, Perrot JL, Jullien D, Goujon C, Ruer M, et al. Treatment of Severe Palmoplantar Pustular Psoriasis With Bimekizumab. *JAMA Dermatol*. 2024; 160(2):199-203. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.5051.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



2. Unas verrugas muy sorprendentes.

La psoriasis verrugosa constituye una forma poco frecuente de psoriasis en placas que presenta un difícil diagnóstico diferencial con otras entidades verruciformes más habituales en pacientes sometidos a inmunosupresión farmacológica como las verrugas vulgares o carcinomas verrugosos.

Paciente varón de 54 años con hepatitis C como principal antecedente médico, que es derivado a consultas de dermatología por lesiones pruriginosas de 6 meses de evolución con mala respuesta a corticoterapia tópica. Las lesiones están constituidas por placas eritematosas infiltradas, con descamación asociada y pápulas hiperqueratósicas de aspecto verrugoso en el seno de estas. Tras obtener una biopsia, que resulta compatible con psoriasis verrugosa, se inicia tratamiento tópico con calcipotriol/betametasona con una pobre respuesta. Finalmente obtenemos una importante mejoría en las lesiones mediante el empleo de adalimumab en pauta habitual.

Anamnesis

Paciente varón de 54 años con antecedentes de dislipemia, hepatitis C ya tratada previamente, depresión y ansiedad sin empleo de tratamiento farmacológico; derivado desde Atención Primaria por lesiones ligeramente pruriginosas y ocasionalmente asintomáticas de al menos 6 meses de evolución.

Refiere que las lesiones se iniciaron en el tronco, extendiéndose posteriormente al territorio facial y dorso de manos principalmente. No asociaba síntomas sugerentes de afectación del estado general.

No refería episodios previos de características similares, ni tampoco cambios recientes en su medicación habitual o cuadros infecciosos previos al inicio de las lesiones cutáneas.

El paciente había recibido varios ciclos de tratamiento con corticoterapia tópica sin clara mejoría, únicamente experimentando una ligera remisión de las lesiones al emplear propionato de clobetasol en crema al 0,05% a lo largo del último mes, pautado por su médico.

Exploraciones complementarias

Dados los diagnósticos propuestos se decide tomar una biopsia cutánea de una de las lesiones del tronco, objetivándose en el estudio histológico un revestimiento epidérmico con marcada hiperplasia irregular con papilomatosis, extensa paraqueratosis, identificando exocitosis de neutrófilos con formación de agregados intracórneos.

Se acompaña de exoserosis parcheada, identificando focos frecuentes de hipogranulosis. Existe también atrofia suprapapilar y en la dermis un infiltrado inflamatorio moderado de predominio linfomonocitarios y algunas células plasmáticas salpicadas. No se objetivaron linfocitos atípicos, ni fenómenos de epidermotropismo (Figura 4).

La técnica de PAS para detección de microorganismos fúngicos fue negativa.

Asimismo, sobre la muestra parafinada se emplearon técnicas moleculares (PCR) para la detección de ADN de virus de papiloma humano tanto serotipos cutáneos y anogenitales, obteniendo un resultado negativo.

Exploraciones complementarias



Figura 4: Biopsia "punch" que muestra como principal hallazgo una hiperplasia epidérmica irregular con papilomatosis e hiperqueratosis paraqueratósica junto a otros rasgos psoriasisiformes.

Exploración física

Destacamos la presencia de placas eritematodescamativas, con ligero tinte marrónáceo, algunas de ellas infiltradas, con descamación periférica en collarete y otras con pápulas verrugosas de distribución anular en los bordes, afectando principalmente el tronco y raíz de miembros con una distribución parcheada (Figuras 1 y 2).

Además, observamos lesiones hiperqueratósicas en cuero cabelludo, zona de la barba (Figura 3), pabellones auriculares y retroauriculares junto a pápulas de base eritematosa con centro verrugoso hiperqueratósico en dorso de las manos. No encontramos lesiones palmoplantares, ni en mucosas.

Ante las lesiones descritas, se plantean como principales diagnósticos diferenciales psoriasis en placas de patrón verrugoso, verrugas vulgares y linfoma cutáneo de linfocitos T tipo reticulosis pagetoide.



Figura 1: Placas eritematosas con pápulas hiperqueratósicas verrugosas en la periferia.

Exploración física



Figura 2: Detalle de una de las lesiones en el codo derecho, destacando las pápulas verruciformes en la periferia de la lesión.



Figura 3: Lesiones hiperqueratósicas infiltradas en la zona de la barba y cervical anterior.

Diagnóstico

Ante estos hallazgos, el cuadro clínico e histológico de nuestro paciente resulta compatible con **psoriasis verrugosa**.

Tratamiento

Dados los resultados obtenidos en las pruebas complementarias y excluida la posibilidad de sobreinfección de VPH en las lesiones, se decide implementar tratamiento tópico con crema de calcipotriol y betametasona en combinación.

Evolución

Tras iniciar el tratamiento tópico, el paciente experimenta una ligera mejoría, pero con un importante empeoramiento posterior, aumentando el número de lesiones y el prurito asociado al disminuir la frecuencia de aplicación.

Ante el fracaso de la terapia tópica y los antecedentes del paciente, optamos por iniciar tratamiento biológico con adalimumab 80mg inicial y 40mg en semanas alternas como dosis de mantenimiento posterior, asociando una progresiva mejoría, que persiste en la actualidad.

Comentario

La psoriasis verrucosa constituye una variante poco habitual de psoriasis con menos de 40 casos publicados actualmente. Clínicamente, se caracteriza por lesiones con aspecto verrugoso localizadas en superficies de extensión¹⁻³. Es típico que este tipo de lesiones se desarrollen en pacientes ya diagnosticados previamente de psoriasis⁴.

El análisis histológico, se caracteriza por una hiperplasia epidérmica papilomatosa, con paraqueratosis, hipogranulosis, atrofia suprapapilar y un infiltrado inflamatorio linfocitario⁴. También es habitual la presencia de agregados intracórneos de neutrófilos⁴.

El diagnóstico diferencial puede resultar complejo, siendo muy difícil la distinción entre psoriasis verrugosa y verruga vírica. Además, encontramos casos de psoriasis verrugosa identificados y tratados inicialmente como carcinoma verrucoso^{5,6}. Por otro lado, la psoriasis verrugosa es muy similar clínicamente a las placas de psoriasis rupiácea, aunque asocian importantes diferencias histológicas⁷.

En general, estas formas presentan buena respuesta a tratamientos tópicos, agentes sistémicos habituales como metotrexate o apremilast^{8,9} y fármacos biológicos como adalimumab y ustekinumab^{2,10}.

3. Una piel normalizada, una vida calmada.

Rapidez de la respuesta clínica reflejada en imagen.

Varón de 19 años con psoriasis en placas desde los 13 años. Tratado con metotrexato y fototerapia con respuesta regular. Presenta empeoramiento clínico desde hace 1 año. Ante paciente con psoriasis severa, PASI 46, con afectación severa de la calidad de vida, DLQI 17; se inicia tratamiento con bimekizumab. A los 4 semanas cuenta gran mejoría con resolución del prurito, reducción de 95% de su PASI y descenso de DLQI a 4. A los 16 semanas resolución completa de las lesiones y ausencia de prurito mantenido.

Anamnesis

Varón de 19 años, de origen chino.

Presenta brotes de lesiones eritematodescamativas desde los 13 años, diagnosticado de psoriasis en placas. Ha recibido tratamiento con terapias tópicas, fototerapia UVB y metotrexato con regular control. Desde hace 1 año presenta empeoramiento clínico con generalización de las lesiones. Se ha realizado tratamiento tópico sin mejoría.

Bibliografía

1. Erkek E, Bozdoğan O. Annular verrucous psoriasis with exaggerated papillomatosis. *Am J Dermatopathol*. Apr 2001;23(2):133-5. doi:10.1097/0000372-200104000-00008.
2. Curtis AR, Yosipovitch G. Erythrodermic verrucous psoriasis. *J Dermatolog Treat*. Jun 2012;23(3):215-8. doi:10.3109/09546634.2010.550912.
3. Sanyal RD, Vyas NS, Sapadin AN, Phelps RG. Unilateral Verrucous Psoriasis. *Cutis*. Feb 2021;107(2):97-98. doi:10.12788/cutis.0174.
4. Khalil FK, Keehn CA, Saeed S, Morgan MB. Verrucous psoriasis: a distinctive clinicopathologic variant of psoriasis. *Am J Dermatopathol*. Jun 2005;27(3):204-7. doi:10.1097/01.dad.0000157450.39033.31.
5. Larsen F, Susa JS, Cockerell CJ, Abramovits W. Case of multiple verrucous carcinomas responding to treatment with acetretin more likely to have been a case of verrucous psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. Sep 2007;57(3):534-5. doi:10.1016/j.jaad.2007.03.026.
6. Garvie K, McGinley Simpson M, Logemann N, Lackey J. Verrucous psoriasis: A rare variant of psoriasis masquerading as verrucous carcinoma. *JAAD Case Rep*. Aug 2019;5(8):723-725. doi:10.1016/j.jdc.2019.04.025.
7. Ip KH, Cheng HS, Oliver FG. Rupioid Psoriasis. *JAMA Dermatol*. Jul 01 2021;157(7):859. doi:10.1001/jamadermatol.2021.0451.
8. Shivers L, Montanez-Wiscovich ME. Verrucous psoriasis treated with methotrexate and acitretin combination therapy. *Cutis*. Dec 2019;104(6):E10-E12.
9. Okazaki S, Osawa R, Nakajima H, Nakajima K, Sano S. Favorable response to apremilast in a patient with refractory psoriasis verrucosa. *J Dermatol*. Jun 2019;46(6):544-547. doi:10.1111/1346-8138.14877.
10. Maejima H, Katayama C, Watarai A, Nishiyama H, Katsuoka K. A case of psoriasis verrucosa successfully treated with adalimumab. *J Drugs Dermatol*. Nov 2012;11(11):e74-5.

Exploración física

A la exploración presenta placas eritematodescamativas extensas por la práctica totalidad del cuerpo, sin pústulas(Figura 1).

Presenta un PASI 46.4, BSA 70%, PURE 4: 0, NRS prurito 8/10 y DLQI: 17.



Exploraciones complementarias

Analítica sanguínea

Hemograma, bioquímica hepática y renal sin alteraciones relevantes.

Serologías

Serologías negativas para VHB,VHC y VIH. IGRa negativa

Diagnóstico

Psoriasis en placas severa

Tratamiento

Bimekizumab 320mg cada 2 semanas

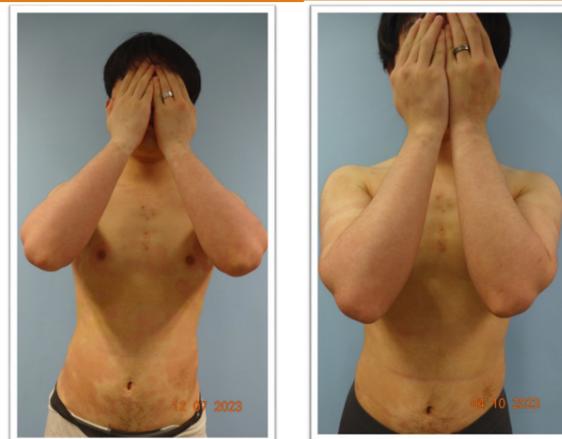
Evolución

A los 4 semanas

Presenta gran mejoría clínica: se ha aclarado casi todas las lesiones del cuerpo excepto algunas placas en miembros inferiores (Figura 2). Ha reducido 95% de su PASI basal (actual 2.4). Ausencia de prurito con NRS = 0. Además una mejoría de la calidad de vida reflejado en un DLOI de 4.

A los 16 semanas

Se ha conseguido el aclaramiento total de las lesiones, persistiendo únicamente hiperpigmentaciones residuales (Figura 3). En relación también una ausencia del prurito junto con DLOI de 0.



4. Psoriasis en placas y ungueal severa, en paciente con antecedente neoplásico, satisfactoriamente tratada con bimekizumab.

Este caso destaca la eficacia de bimekizumab para tratar la psoriasis en placas con afectación ungueal y antecedentes recientes de cáncer.

En este caso presentamos un caso representativo de una enfermedad muy común: la psoriasis. La singularidad de nuestro caso radica en 3 hechos:

1. Uso de bimekizumab, un fármaco relativamente nuevo y del que la evidencia es aún escasa en cuanto a número de publicaciones (no así en cuanto a eficacia, donde sus resultados en ensayos y práctica real son muy prometedores).
2. Paciente con antecedentes muy recientes de cáncer (en concreto, cáncer de colon 2 meses antes).
3. Afectación ungueal grave e incapacitante.

En este caso, bimekizumab demostró una respuesta tremendamente rápida, no sólo a nivel cutáneo (en menos de un mes), sino también a nivel ungueal (<16 semanas). Creemos que este caso es muy representativo de la efectividad de bimekizumab en casos complejos, cada vez más frecuentes en la práctica diaria, en los que probablemente dejaremos los fármacos anti-TNF en la segunda categoría de biológicos y en una localización compleja (uña).

Comentario

Entre los últimos tratamientos de la psoriasis se encuentran los inhibidores de IL-17 y IL-23¹.

En líneas generales, los inhibidores de IL-17 muestran mayor velocidad de acción y los inhibidores de IL-23 muestra menos efectos adversos y una respuesta más duradera.² Bimekizumab, siendo el tratamiento biológico más reciente, presenta una alta eficacia en comparación con otros tratamiento biológicos³. Además en los estudios comparativos con Adalimumab y Secukinumab, impresiona también una mayor rapidez de respuesta^{4,5}. En conclusión, presentamos un caso de paciente con psoriasis severa tratado con Bimekizumab con rápida respuesta, a corde con la literatura.

Bibliografía

1. Ghoreschi K, Balato A, Enerbäck C, Sabat R. Therapeutics targeting the IL-23 and IL-17 pathway in psoriasis. Lancet. 2021 Feb 20;397(10275):754-766. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00184-7. Epub 2021 Jan 27. PMID: 33515492.
2. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, Hughes C, Naldi L, Afach S, Le Cleach L. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2022 May 23;5(5):CD011535. doi: 10.1002/14651858.CD011535.pub5. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2023 Jul 12;7.CD011535. doi: 10.1002/14651858.CD011535.pub6. PMID: 35603936; PMCID: PMC9125768.
3. Armstrong A, Fahrback K, Leonardi C, Augustin M, Neupane B, Kazmierska P, Betts M, Freitag A, Kiri S, Taieb V, Slim M, Gomez NN, Warren RB. Efficacy of Bimekizumab and Other Biologics in Moderate to Severe Plaque Psoriasis: A Systematic Literature Review and a Network Meta-Analysis. Dermatol Ther (Heidelb). 2022 Aug;12(8):1777-1792. doi: 10.1007/s13555-022-00760-8. Epub 2022 Jul 7. PMID: 35798920; PMCID: PMC9357587.
4. Warren RB, Blauvelt A, Bagel J, Papp KA, Yamauchi P, Armstrong A, Langley RG, Vanvoorden V, De Cuyper D, Cioffi C, Peterson L, Cross N, Reich K. Bimekizumab versus Adalimumab in Plaque Psoriasis. N Engl J Med. 2021 Jul 8;385(2):130-141. doi: 10.1056/NEJMoa2102388. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33891379.
5. Reich K, Warren RB, Lebwohl M, Gooderham M, Strober B, Langley RG, Paul C, De Cuyper D, Vanvoorden V, Madden C, Cioffi C, Peterson L, Blauvelt A. Bimekizumab versus Secukinumab in Plaque Psoriasis. N Engl J Med. 2021 Jul 8;385(2):142-152. doi: 10.1056/NEJMoa2102383. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33891380.

Exploración física (Fig. 1)

Placas eritemato-descamativas de psoriasis afectaban el tronco, extremidades, codos, nalgas y manos, con **afectación ungueal significativa**.

Índice de área y gravedad de la psoriasis (PASI) de **21,5**; superficie corporal afectada (BSA) del **23%**; evaluación global por el médico (PGA) de **3**; y prurito de **4/10** en escala visual analógica (VAS).

Anamnesis

Paciente varón de 49 años, con **psoriasis en placas de 19 años de evolución**, sin tratamiento previo sistémico.

Presentaba afectación en el tronco, extremidades, codos, nalgas y manos, además de afectación ungueal (pitting, hemorragias en astilla, manchas de gotas de aceite y onicolisis). Antecedentes relevantes: esteatosis hepática, hipertensión arterial y **cáncer de colon (estadio T2N0M0), operado 4 meses antes**.

Figura 1. Cuadro clínico al inicio del tratamiento con bimekizumab.

Placas eritematodescamativas de psoriasis con afectación generalizada, con un PASI de 21,5 y un BSA del 23%. Llamaba la atención la grave afectación ungueal.



Exploraciones complementarias

Se realizaron evaluaciones dermatológicas estándar: PASI, BSA, PGA, VAS y el Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI).

No se realizaron exploraciones complementarias.

Diagnóstico

Psoriasis en placas grave con afectación ungueal y antecedentes recientes de cáncer de colon.

Tratamiento

Inicialmente tratado con acitretina 10 mg/día durante 4 meses, sin mejoría significativa.

Se inició **bimekizumab** (320 mg en las semanas 0, 4, 8, 12, 16 y cada 8 semanas) **debido a su perfil de eficacia y seguridad, y su acción rápida.**

Evolución

A la **semana 4** (Fig. 2A-C), se observó una **mejora significativa**, con aclaramiento casi completo de las lesiones y una calidad de vida restaurada. El PASI era de 1,2, BSA del 4%, PGA de 0-1, prurito VAS de 0 y DLQI de 0.

A la **semana 16** (Fig. 2D), la psoriasis **se resolvió por completo**, incluyendo la afectación ungueal, con signos mínimos en las uñas en proceso de recuperación.

Figura 2. Cuadros clínicos en la semana 4 (tres imágenes del panel A), y en la semana 16 (imagen del panel B) de tratamiento con bimekizumab.

En la semana 4, tras una dosis de bimekizumab, se consiguió una desaparición casi completa de la piel. La psoriasis ungueal se resolvió en la semana 16 (Fig 2D), cuando las hemorragias en astilla en la parte distal era el único signo visible.



Comentarios

Este caso destaca la **eficacia de bimekizumab para tratar la psoriasis en placas con afectación ungueal y antecedentes recientes de cáncer.**

El paciente mostró una rápida y significativa mejora con una única dosis, logrando una resolución completa en la semana 16 sin recurrencia del cáncer previo. La seguridad de bimekizumab, debido a su mecanismo dirigido contra IL-17A/F, es relevante para pacientes con antecedentes de neoplasia, y podría considerarse preferible frente a otros tratamientos.

Bibliografía

1. Canal-García E, Bosch-Amate X, Belinchon I, Puig L. Nail Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113(5):481-90.
2. Rusinol L, Camina-Conforto G, Puig L. Biologic treatment of psoriasis in oncologic patients. *Expert Opin Biol Ther.* 2022;22(12):1567-78.
3. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Langley RG, Armstrong A, Warren RB, et al. Bimekizumab versus ustekinumab in plaque psoriasis. *Lancet.* 2021;397(10273):487-98.
4. Reich K, Warren RB, Lebwohl M, Gooderham M, Strober B, Langley RG, et al. Bimekizumab versus Secukinumab. *N Engl J Med.* 2021;385(2):142-52.
5. Warren RB, Blauvelt A, Bagel J, Papp KA, Yamauchi P, Armstrong A, et al. Bimekizumab versus Adalimumab in Plaque Psoriasis. *N Engl J Med.* 2021;385(2):130-41.

5. A la sexta, va la vencida.

Este caso es particularmente interesante por motivos clínicos y terapéuticos. Primero, destaca por la respuesta positiva de la paciente tras el uso de cinco líneas de terapias innovadoras previas, lo que subraya su carácter de caso refractario. Además, la coexistencia de psoriasis y artritis psoriásica añade complejidad, ya que la artropatía suele requerir un enfoque terapéutico multidisciplinar para lograr un control efectivo de las manifestaciones cutáneas y articulares. Un aspecto adicional que enriquece el interés del caso es el desarrollo de un brote de psoriasis pustulosa paradójica inducida por adalimumab, que obligó a suspender el tratamiento y subraya la necesidad de un seguimiento constante ante posibles efectos adversos paradójicos de los biológicos. Finalmente, la afectación del cuero cabelludo, una localización notoriamente difícil de tratar añade un mayor reto terapéutico y recalca la eficacia de bimekizumab en áreas de difícil manejo en pacientes con múltiples fracasos terapéuticos.

Presentamos el caso de una mujer de 36 años con psoriasis desde el nacimiento, tratada inicialmente con terapias tópicas. En 2013, se le diagnosticó psoriasis vulgar grave, con afectación en tronco, genitales, extremidades y cuero cabelludo. Los tratamientos iniciales incluyeron fototerapia UVB-BE y metotrexato, con respuesta limitada (PASI 10), lo que motivó la transición a biológicos.

A lo largo de los años, la paciente recibió cuatro biológicos (ustekinumab, adalimumab, secukinumab, guselkumab) y un iJAK (upadacitinib), logrando un control parcial en la clínica cutánea, pero sin buena respuesta en áreas difíciles, como el cuero cabelludo. En julio de 2018, desarrolló artropatía psoriásica con afectación de manos, así como un brote de psoriasis pustulosa paradójica inducida por adalimumab, complicando el manejo y requiriendo un ajuste terapéutico.

A pesar de múltiples combinaciones y cambios de biológicos, la respuesta articular fue limitada, con remisiones transitorias y rebotes frecuentes. En abril de 2024, tras el fracaso de cinco tratamientos innovadores, se inició bimekizumab. A las ocho semanas, se observó una respuesta completa tanto en la clínica cutánea (PASI 0) como en la articular, con una satisfacción notable por parte de la paciente, manteniéndose la remisión hasta la fecha.

Anamnesis

Motivo de consulta: Mujer de 36 años con psoriasis desde el nacimiento tratada de forma intermitente con farmacoterapia tópica.

No antecedentes dermatológicos. No antecedentes personales de relevancia.

Antecedentes familiares: psoriasis en múltiples familiares de línea materna.



Exploración física

En junio de 2013 acude por primera vez al servicio de dermatología:

A la exploración física presenta placas eritematodescamativas e infiltradas distribuidas de forma dispersa por el tronco, genitales, extremidades y en cuero cabelludo.



Exploraciones complementarias

- Despistaje de tuberculosis mediante test de Mantoux y radiografía de tórax (sin hallazgos patológicos)

- Análisis de sangre:

- Serologías,
- Hemograma,
- Coagulación
- Perfil bioquímico con iones, perfil lipídico y hepático



Tratamiento

Junio 2013- septiembre 2013

Se inicia **fototerapia UVB-BE** junto con betametasona, ácido salicílico en cuero cabelludo, e ichtiol y tacrolimus en el resto del cuerpo.

Sin respuesta. **PASI 16**

Afectación persistente en cuero cabelludo, especialmente incapacitante

Octubre 2013-Junio 2014

Metotrexato 7,5 mg/semana → **Metotrexato 15 mg/semana**

Respuesta parcial. **PASI 10**



Diagnóstico

Psoriasis vulgar moderada-grave

- Sin respuesta a tratamiento tópico (nunca ha realizado tratamiento sistémico)
- Afectación dispersa en tronco y extremidades
- Afectación en áreas especiales (cuero cabelludo y genitales)
- Al menos 3 antecedentes familiares de psoriasis



Tratamiento

Julio 2014 – mayo 2016 **1ª línea**

Se inicia **ustekinumab** con respuesta parcial mantenida durante 9 meses.

En mayo 2016 fallo cutáneo. **PASI 9,5**

Junio 2016 – julio 2018 **2ª línea**

Inicia **Adalimumab** con buena respuesta (excepto cuero cabelludo).

En julio 2018, brote de psoriasis pustulosa en tronco y extremidades.

Debut de artropatía psoriásica (artritis de manos y dactilitis) **¿psoriasis pustulosa paradójica?**

IC a Reumatología → Añade MTX 15 mg/semana + metilprednisolona 12 mg/día

Sin respuesta articular



Tratamiento

Agosto 2018 - julio 2022 **3ª línea**

Switch a **secukinumab**. Respuesta completa cutánea (PASI 0). Mejoría de clínica articular (suspensión de MTX y metilprednisolona)

Duración de respuesta: 19 meses

En julio 2022, empeoramiento cutáneo (FIG1) y articular → Reintroducción de MTX 20mg/semana
Respuesta cutánea (PASI 1) pero no articular

Julio 2022 - julio 2023 **4ª línea**

Cambio a **guselkumab**. Buena respuesta cutánea. Sin respuesta articular pese asociación a MTX 25mg/semana + metilprednisolona + meloxicam.

Tratamiento

FIG1. Fallo secundario a **secukinumab**

Empeoramiento cutáneo en la tercera línea de biológico con placas eritematodescamativas infiltradas en extremidades superiores e inferiores y en región dorsal.



Evolución

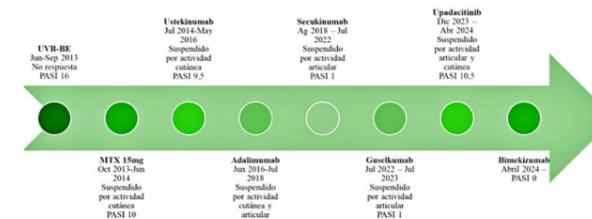


FIG3. Cronograma de tratamientos

MTX y ustekinumab fueron suspendidos por pérdida de respuesta cutánea. Secukinumab y guselkumab por pérdida de respuesta articular. Adalimumab y upadacitinib por pérdida de respuesta cutánea y articular.

Comentario

La **psoriasis** es una enfermedad inflamatoria inmunomediada que afecta al 2,3% de la población española.¹

En un 30% de los pacientes puede asociar afectación articular en algún punto del curso de la enfermedad, produciendo un impacto en la calidad de vida.²

Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra la IL-17A e IL-17F aprobado para:

- psoriasis en placa moderada-grave,
- artritis psoriásica,
- espondiloartritis axial e
- hidradenitis supurativa.³

Tratamiento

Diciembre 2023 - abril 2024 **5ª línea**

Inicia **upadacitinib** previo checklist analítico y vacunal. Sin respuesta articular ni cutánea.

PASI 10,5

Abril 2024 - **6ª línea**

Introducción de **bimekizumab** con respuesta completa cutánea y articular mantenida hasta la fecha (FIG2)

PASI 0

Tratamiento

FIG2. Semana 8 con **bimekizumab**

Respuesta completa PASI 0 con hiperpigmentación postinflamatoria en miembros inferiores con alto grado de satisfacción por parte de la paciente.



Comentario

En un metanálisis reciente,⁴ **bimekizumab** fue el biológico más efectivo en la **semana 10-16**, alcanzando respuesta PASI 90 en el 84% y **PASI 100 en el 57.8%**.

El cuero cabelludo es una **localización difícil de tratar**. En este sentido, bimekizumab ha conseguido un PGA 0/1 de cuero cabelludo en el 97,1% en la semana 16.⁵

En **artritis psoriásica**, bimekizumab ha demostrado eficacia con respuesta ACR50 en el 43% de los pacientes en la semana 16, incluso en aquellos tratados previamente con anti-TNFα.⁶

Bibliografía

1. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalence of psoriasis in Spain in the age of biologics. Actas Dermosifiliogr. 2014 Jun;105(5):504-9.
2. Gladman DD. Psoriatic arthritis. Dermatol Ther. 2009 Jan-Feb;22(1):40-55.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento Terapéutico de bimekizumab (Bimzelx®) en el tratamiento de la psoriasis en placas (consultado 28 Oct 2024). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-092-2023-Bimzelx.pdf>
4. Armstrong A, Fahrback K, Leonardi C, Augustin M, Neupane B, Kazmierska P, Betts M, Freitag A, Kiri S, Taleb V, Slim M, Gomez NN, Warren RB. Efficacy of Bimekizumab and Other Biologics in Moderate to Severe Plaque Psoriasis: A Systematic Literature Review and a Network Meta-Analysis. Dermatol Ther (Heidelb). 2022 Aug;12(8):1777-1792.
5. Hagino T, Onda M, Saeki H, Fujimoto E, Kanda N. Effectiveness of bimekizumab for genital, nail, and scalp lesions with psoriasis: A 24-week real-world study. J Dermatol. 2024 Aug 12.
6. Merola JF, Landewé R, McInnes IB, Mease PJ, Ritchlin CT, Tanaka Y, Asahina A, Behrens F, Gladman DD, Gossec L, Gottlieb AB, Thaçi D, Warren RB, Ink B, Assudani D, Bajracharya R, Shende V, Coarse J, Coates LC. Bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and previous inadequate response or intolerance to tumour necrosis factor-α inhibitors: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE COMPLETE). Lancet. 2023 Jan 7;401(10370):38-48.

6. Doctora, la psoriasis muy bien, pero ¿qué es este picor?

Efecto secundario poco reportado con fármacos anti IL-17.

Se presenta el caso de un varón de 61 años con psoriasis tratada exitosamente con ixekizumab, quien desarrolló nódulos pruriginosos compatibles con prurigo nodular tras tres años de tratamiento. La biopsia confirmó el diagnóstico, sugiriendo un posible cambio inmunológico de Th1 a Th2 asociado al uso de anti-IL-17. El tratamiento incluyó infiltración de triamcinolona, pero el prurigo mejoró tras suspender ixekizumab. Este caso resalta la importancia de monitorizar a los pacientes en terapias biológicas, dado que estas reacciones cutáneas pueden surgir durante el tratamiento, afectando la calidad de vida y el manejo terapéutico.

Anamnesis

Un varón de 61 años con diagnóstico de psoriasis en la juventud para la que ha recibido múltiples tratamientos entre los que se encuentran metotrexato, fototerapia con radiación ultravioleta de longitud de onda B de banda estrecha, acitretino y etanercept.

Además, participó en un ensayo clínico donde recibió guselkumab con buena respuesta inicial, pero pérdida de eficacia tras discontinuarlo por un accidente de tráfico. En mayo de 2021 se inició tratamiento con ixekizumab con una gran y rápida respuesta inicial, alcanzando el PASI 0 en 2 meses.

El paciente, acudió tres años después a urgencias de dermatología por nódulos muy pruriginosos, de repentina aparición y que no relacionaba con ningún evento desencadenante y no le recordaban a su psoriasis.

Diagnóstico

Prurigo nodular en contexto de posible cambio inmunológico de Th1 a Th2

Tratamiento

Se indicó infiltración intradérmica mediante dispositivo Dermojet de dilución de acetónido de triamcinolona a una concentración de 4-5 mg/ml (0.1 ml de un vial de triamcinolona de 40 mg diluido en 0.9 ml de mepivacaína al 2%) en las lesiones. Se derivó al paciente a consultas de endocrinología para un control exhaustivo de su diabetes mellitus.

Evolución

El paciente evolucionó tórpidamente, por lo que se tuvo que suspender el ixekizumab, logrando así un buen control de las lesiones de prurigo. En estos momentos, el paciente está a la espera de comenzar nuevo tratamiento sistémico biológico para su psoriasis.

Exploración física

El paciente presentaba lesiones subcutáneas, parduzcas en superficie, bien delimitadas, de predominio en extremidades (Fig.1A) y tronco (Fig. 1B), algunas con erosiones e incluso ulceradas en superficie. Se observaban lesiones de rascado concomitantes.



Figuras 1A y 1B. Se muestran lesiones infiltradas

Exploraciones complementarias

Se realizó biopsia cutánea tipo punch de una de las lesiones para estudio de hematoxilina y eosina que presentó acantosis irregular, focal paraqueratosis parcheada, marcada hipergranulosis y mínima inflamación con discreta fibrosis de dermis papilar (Fig. 2). Los hallazgos fueron compatibles con Prurigo nodular.

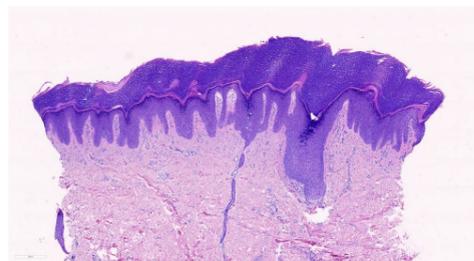


Figura 2. Estudio en hematoxilina y eosina x40

Comentario

El prurigo nodular (PN) es una dermatosis crónica que se caracteriza por nódulos hiperqueratósicos intensamente pruriginosos y de difícil tratamiento. Estudios han demostrado un aumento de células mononucleares Th17 en sangre periférica en pacientes con PN. Presentamos un caso de un PN en paciente con psoriasis que recibe tratamiento con anti-IL-17, siendo la etiopatogenia que desencadena esta reacción desconocida en estos momentos. Estos casos pueden proporcionar claves de que existen cambios dinámicos del fenotipo Th17 a Th2/Th22 durante el tratamiento con anti-IL-17.

Como dermatólogos debemos estar alerta para el reconocimiento de estas reacciones, siendo fundamental monitorear a los pacientes bajo tratamiento, ya que pueden aparecer tanto en periodo de inducción como de mantenimiento. El manejo precoz del prurito y la posibilidad de coadministrar terapias tópicos o sistémicas pueden ser necesarios para abordar estas manifestaciones cutáneas y mejorar la calidad de vida del paciente, además de evitar la suspensión del tratamiento biológico.

Bibliografía

1. Wong LS, Yen YT, Lin SH, Lee CH. IL-17A Induces Endothelin-1 Expression through p38 Pathway in Prurigo Nodularis. *J Invest Dermatol.* 2020;140(3):702-706.
2. Liu T, Chu Y, Li S, Fang H, Qiao J. Clinical and immunological phenotype switch to prurigo nodularis in a patient receiving ixekizumab for treating psoriasis: a case report. *Int J Dermatol.* 2023;62(8).
3. Caldarola G, Pirro F, Di Stefani A, Talamonti M, Galluzzo M, D'Adamo S et al. Clinical and histopathological charact of eczematous eruptions occurring with anti-IL17. *Expert Opin Biol Ther.* 2020;20(6):665-672.
4. Cohen JN, Bowman S, Laszik ZG, North JP. Clinicopathologic overlap of psoriasis, eczema, and psoriasiform dermatoses: a retrospective study of T helper type 2 and 17 subsets, interleukin 36, and b-defensin 2 in spongiotic psoriasiform dermatitis, sebopsoriasis, and tumor necrosis factor a inhibitor-associated dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:430-9.
5. Napolitano M, Megna M, Fabbrocini G, Nisticò SP, Balato N, Dastoli S et al. Eczematous eruption during anti-IL17A treatment of psoriasis an emerging condition. *British Journal of Dermatology.* 2019;181(3):604-606.
6. Xing L, Higgins E, Smith CH, Barker JN, Pink A. Morphologic Switch From Psoriasiform to Eczematous Dermatitis After Anti-IL-17 Therapy: A Case Series. *JAMA Dermatol.* 2019;1155(9):1082-1084.

7. Panadera en apuros.

Reto terapéutico.

Mujer de 60 años, panadera y autónoma. Presenta psoriasis con afectación predominantemente palmar, de cuero cabelludo y genital, con importante limitación de su calidad de vida y de su situación laboral. Tratada previamente con corticoides tópicos, metotrexato, acitretina y anti TNF, sin mejoría. Se inicia bimekizumab con mejoría franca en semana 4 (DLQI 2, visita telefónica) y blanqueamiento en semana 8, con respuesta sostenida tras más de 60 semanas de tratamiento y ausencia de efectos adversos.

Anamnesis

Mujer de 60 años, activa laboralmente, panadera

AP: ex fumadora, migraña ocasional

Lesiones pruriginosas de 5 años de evolución

Localizadas en codos, palmas, plantas y zona genital

Refiere empeoramiento en periodos de estrés y discreta mejoría en verano

Refiere "caspa" desde la adolescencia

Antecedentes familiares de psoriasis y dermatitis atópica

Tratada previamente con corticoides tópicos, metotrexato y acitretina sin mejoría



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

¿Dermatitis de contacto? -> se descarta

A pesar de evitación de alérgenos (de relevancia desconocida), corticoides tópicos, metotrexato y acitretina no presenta mejoría

Biopsia no eczematosa

Psoriasis

Biopsia con patrón psoriasiforme

Antecedentes familiares

Localizaciones típicas: cuero cabelludo, palmoplantar, codos, genital



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamiento

Adalimumab 40 mg/semana + acitretina 75 mg/semana

Ausencia de respuesta tras 9 meses de tratamiento, empeoramiento de las lesiones del cuero cabelludo

PASI 15 DLQI 25 BSA 17%

Suspendemos adalimumab (suspende también acitretina por iniciativa propia)

Iniciamos bimekizumab 320 mg

Semana 4 (visita telefónica): sin prurito, DLQI 2

"Doctora, estoy casi perfecta"

Semana 8: PASI 1, DLQI 0, BSA 0.5%

"¿Por qué no me pusieron este desde el principio?"



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

Placas hiperqueratósicas en cara palmar y dorsal de manos y pies

Muy dolorosas al roce, localizadas en zonas de microtraumatismos

Placas eczematosas en cuero cabelludo

Muy pruriginosas, descamación intensa que le afecta en su trabajo (prurito intenso)

Placas hiperqueratósicas en ambos codos

Placas eczematosas en labios mayores y en región perianal

Muy molestas y pruriginosas, limitan su actividad sexual



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

Pruebas epicutáneas

Positivas a colofonia, níquel y tiurams con relevancia desconocida

Analítica sanguínea

Hemograma, perfil renal y hepático sin alteraciones

Serologías de lúes, virus hepatotropos y VIH negativas

Quantiferon positivo -> inicia quimioprofilaxis con isoniacida

Radiografía de tórax no evidencia TBC activa

Biopsia

Hiperqueratosis con acanthisis, hipogranulosis y elongación de las papilas dérmicas, infiltración inflamatoria perivascular de predominio linfocitario



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

Semana 23

Se escapa su gato y presenta un ligero empeoramiento coincidiendo con final de dosis.

PASI 5, DLQI 6, BSA 3%

Se resuelve con mometasona tópica durante 7 días.



Semana 60

PASI 0.5 DLQI 0 BSA 1%

Persiste blanqueada. Sin efectos adversos.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Comentario

- Mujer de 60 años activa laboralmente y con un trabajo demandante (panadera)
- Con psoriasis de localización difícil: genital, palmoplantar y cuero cabelludo
- Con importante afectación de la calidad de vida y repercusiones económicas directas (autónoma)
- Refractaria a tres líneas de tratamiento sistémico: metotrexato, adalimumab y anti TNF
- Optamos por una bimekizumab al ser una opción rápida, eficaz y segura que ha demostrado una gran eficacia en localizaciones de difícil control
- Tras más de un año de tratamiento persiste blanqueada y sin efectos adversos

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS





Basal



Semana +8 bimekizumab

Bibliografía

1. Gordon KB, Foley P, Krueger JG, Pinter A, Reich K, Vender R, Vanvoorden V, Madden C, White K, Cioffi C, Blauvelt A. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. *Lancet*. 2021 Feb 6;397(10273):475-486. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00126-4. Erratum in: *Lancet*. 2021 Mar 27;397(10280):1182. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00669-3. PMID: 33549192.
2. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Langley RG, Armstrong A, Warren RB, Gordon KB, Merola JF, Okubo Y, Madden C, Wang M, Cioffi C, Vanvoorden V, Lebwohl M. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2021 Feb 6;397(10273):487-498. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00125-2. Erratum in: *Lancet*. 2021 Feb 20;397(10275):670. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00387-1. PMID: 33549193.
3. Camiña-Conforto G, Mateu-Arrom L, López-Ferrer A, Puig L. Bimekizumab in the Treatment of Plaque Psoriasis: Focus on Patient Selection and Perspectives. *Patient Prefer Adherence*. 2023 Jun 30;17:1541-1549. doi: 10.2147/PPA.S350760. PMID: 37408843. PMCID: PMC10319282.
4. Gordon KB, Langley RG, Warren RB, Okubo Y, Stein Gold L, Merola JF, Peterson L, Wixted K, Cross N, Deherder D, Thaçi D. Bimekizumab Safety in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis: Pooled Results From Phase 2 and Phase 3 Randomized Clinical Trials. *JAMA Dermatol*. 2022 Jul 1;158(7):735-744. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.1185. PMID: 35544084. PMCID: PMC9096693.
5. Thaçi D, Vender R, de Rie MA, Conrad C, Pariser DM, Strober B, Vanvoorden V, Wang M, Madden C, de Cuyper D, Kimball AB. Safety and efficacy of bimekizumab through 2 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: longer-term results from the BE SURE randomized controlled trial and the open-label extension from the BE BRIGHT trial. *Br J Dermatol*. 2023 Jan 23;188(1):22-31. doi: 10.1093/bjd/iaq021. PMID: 36689515.
6. Strober B, Paul C, Blauvelt A, Thaçi D, Puig L, Lebwohl M, White K, Vanvoorden V, Deherder D, Gomez NN, Eyerich K. Bimekizumab efficacy and safety in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Two-year interim results from the open-label extension of the randomized BE RADIANT phase 3b trial. *J Am Acad Dermatol*. 2023 Sep;89(3):486-495. doi: 10.1016/j.jaad.2023.04.063. Epub 2023 May 12. PMID: 37182701.
7. Hagino T, Onda M, Saeki H, Fujimoto E, Kanda N. Effectiveness of bimekizumab for genital, nail, and scalp lesions with psoriasis: A 24-week real-world study. *J Dermatol*. 2024 Aug 12. doi: 10.1111/1346-8138.17427. Epub ahead of print. PMID: 39133570.

8. Desafío terapéutico cutáneo y articular conseguido con éxito con bimekizumab.

Paciente complejo con síndrome de Down, con psoriasis y artritis psoriásica con resistencia terapéutica a 4 líneas de tratamientos biológicos previas, tratado con éxito con bimekizumab.

Varón de 28 años con síndrome de Down con diagnóstico de psoriasis y artritis psoriásica, con mal control de ambos dominios a pesar de cuatro líneas de tratamiento biológico previas. Se decide inicio de bimekizumab, inhibidor de IL-17A e IL-17F, con rápido control de los síntomas tanto cutáneos como articulares mantenido en el tiempo.

Anamnesis

- Varón de **28 años** con antecedentes personales de **síndrome de Down**, obesidad e hipotiroidismo autoinmune, y **antecedentes familiares** de madre con psoriasis y artritis psoriásica resistente múltiples líneas de tratamiento y hermana con artritis psoriásica.
- Consulta en el Servicio de Dermatología por aparición hace **tres años** de **placas eritematosas descamativas** a nivel de tronco, miembros superiores y miembros inferiores, placa eritematosa en pliegue infraabdominal y descamación en cuero cabelludo.
- **Mal control con tratamientos tópicos** con corticoides potentes y combinación de corticoides y análogos de la vitamina D tópicos.
- A la anamnesis, refiere además inicio reciente de **dolor articular** en rodillas, hombros y pies, con rigidez matutina que mejora tras inicio del movimiento.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Exploración física

- **Placas** bien delimitadas con **eritema severo, infiltración moderada y descamación severa** con **escama blanco-nacarada** a nivel de **miembros inferiores**, con grandes placas a nivel de piernas, **miembros superiores** y placas de menor tamaño a nivel de **tronco**. Además, placa eritematosa bien delimitada con descamación muy severa a nivel de **cuero cabelludo**. A nivel de **pliegue infraabdominal**, presenta placa con eritema moderado, infiltrado moderado y leve descamación gruesa, con fondo fisurado (Fig.1). Presenta un índice de área y severidad de psoriasis (**PASI**) de **24.8** y una afectación del área de superficie corporal (**BSA**) de **28%**.
- A la exploración física en consulta de reumatología, **dolor en entesis** externo-clavicular, 7º cartilago costal bilateral, tendón cuadricepsital e inserción proximal del tendón rotuliano bilateral, fascitis plantar derecha y tendón aquileo izquierdo.



Figura 1. Placas eritemato-descamativas en cuero cabelludo, tronco, miembros superiores e inferiores.

Exploraciones complementarias

- **Análítica:** bioquímica con perfil glucémico, renal, hepático y lipídico normal. Factor reumatoide negativo, ANA y ANCA negativos, complemento normal. **PCR 28**. Hemograma sin alteraciones. Serologías VHB, VHC, VIH, lúes negativas, Mantoux negativo.
- **RX tórax:** sin alteraciones

Diagnóstico

- **Psoriasis en placas e invertida**
- **Artritis psoriásica tipo entesopatía psoriásica**

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Tratamiento

- Ante falta de control cutáneo con tratamiento tópico y signos de entesopatía psoriásica se decide junto con reumatología iniciar **metotrexato** 15mg subcutáneo que, debido a mala tolerancia de las inyecciones, se cambia a vía oral, retirándose por mala tolerancia oral por tos intensa tras un mes de tratamiento.
- Se inicia entonces **ustekinumab**, que se suspende por fallo secundario cutáneo y control parcial articular tras 18 meses de tratamiento.
- Se pauta en ese momento **guselkumab**, con buen control articular, pero fallo primario cutáneo por lo que se suspende a los 15 meses.
- Inicia **brodalumab** con control completo cutáneo, pero fallo primario articular suspendiéndose a los 4 meses.
- Ante los buenos resultados cutáneos con la inhibición de la vía IL-17, se decide inicio de **secukinumab** con control articular, pero fallo secundario a nivel cutáneo, suspendiéndose tras 12 meses de tratamiento, con presencia de placa de gran tamaño a nivel de pierna izquierda, con eritema severo, infiltración moderada y descamación severa, y placa con fondo fisurado a nivel de pliegue infraabdominal (PASI 5,6 BSA 3) (Fig 2).
- En ese momento, se decide inicio de **bimekizumab** 160mg subcutáneo según ficha técnica con dos inyecciones en la semana 0, 4, 8, 12 y 16 y luego pauta de mantenimiento cada 8 semanas.



Figura 2. Previo inicio de bimekizumab. Placa hiperqueratósica en pierna izquierda y placa con fondo fisurado en pliegue infraabdominal.

Evolución

- En la cita de revisión a los **4 meses** del inicio de bimekizumab, el paciente presenta gran mejoría con resolución completa de la placa a nivel de pierna izquierda, y mejoría de placa infraabdominal, con **PASI 1** y **BSA 1**, y ausencia de sintomatología articular (Fig 3). Como efecto secundario, el paciente presentó varios episodios de candidiasis oral, con control con tratamiento con nistatina oral e itraconazol oral.
- A los **7 meses** de tratamiento, presenta control completo a nivel cutáneo con eritema residual a nivel de pliegue infraabdominal, con **PASI 0** y **BSA 0** y ausencia de sintomatología articular desde inicio de tratamiento. Refiere no haber presentado nuevos episodios de candidiasis oral, pero tuvo un episodio de foliculitis a nivel de la espalda con control con antibioterapia tópica.
- En la última revisión, a los **12 meses** de inicio de bimekizumab, respuesta mantenida cutánea y articular, con gran satisfacción del paciente.



Figura 3. Revisión a los 4 meses con bimekizumab, con resolución de placa en pierna izquierda, y gran mejoría de la placa infraabdominal.

9. Una afección de manos muy recalcitrante.

En ocasiones, la psoriasis palmo-plantar puede ser difícil de diferenciar de un eccema de manos, tanto clínica como histopatológicamente, existiendo formas solapadas. Cuando esto ocurre, es la afectación de manos la que se produce con mayor frecuencia y suelen ser casos recalcitrantes de complicado manejo, requiriendo el empleo de múltiples fármacos sistémicos y biológicos.

Presentamos a una paciente con antecedentes conocidos de psoriasis de predominio palmo-plantar, sin historia previa de dermatitis atópica que tras varios tratamientos sistémicos se presentó con un eccema dishidrosiforme en manos con importante afectación de calidad de vida. Ante la escasa respuesta a un anti-IL23, se realizó switch a bimekizumab con resultados clínicos rápidos y un elevado grado de satisfacción de nuestra paciente.

Anamnesis

Mujer de 68 años, sin antecedentes personales de interés, fumadora de < 5 cigarrillos/d, en seguimiento en Dermatología desde 2011, por presentar lesiones cutáneas dolorosas en palmas y plantas que le dificultaban la deambulación y la realización de sus actividades diarias.

Comentario

- Presentamos un **caso complejo** de un paciente con **síndrome de Down** diagnosticado de **psoriasis y artritis psoriásica**, resistentes a **cuatro líneas de biológicos** previas, tratado con éxito con **bimekizumab**, un inhibidor dual de **IL-17A e IL-17F**.
- No se ha demostrado una clara asociación entre el **síndrome de Down y la psoriasis**, pero existe evidencia de una predisposición inmunológica, con aumento de citoquinas proinflamatorias que contribuirían a su **severidad**¹.
- La inhibición dual de bimekizumab ha demostrado **eficacia y seguridad** en **psoriasis y artritis psoriásica** y una **superioridad** frente a **otros inhibidores de la vía de IL-17**, con respuestas más rápidas y un control más duradero de los **síntomas cutáneos y articulares**, como observamos en nuestro paciente²⁻⁷.
- En conclusión, nuestro caso destaca el potencial de **bimekizumab** como **opción terapéutica eficaz y segura** en el manejo de **pacientes complejos** con **psoriasis y artritis psoriásica graves y resistentes**.

Bibliografía

1. Kirsammer G, Crispino JD. Signaling a link between interferon and the traits of Down syndrome. *Elife*. 2016 Sep 6;5:e20196. doi: 10.7554/eLife.20196. PMID: 27599162
2. Gordon KB, et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. *Lancet*. 2021 Feb 6;397(10273):475-486. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00126-4.
3. Reich K, et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2021 Feb 6;397(10273):487-498. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00125-2
4. Reich K, et al. Bimekizumab versus Secukinumab in Plaque Psoriasis. *N Engl J Med*. 2021 Jul 8;385(2):142-152. doi: 10.1056/NEJMoa2102383
5. Coates LC, et al. Bimekizumab treatment in patients with active psoriatic arthritis and prior inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: 52-week safety and efficacy from the phase III BE COMPLETE study and its open-label extension BE VITAL. *RMD Open*. 2024 Feb 22;10(1):e003855. doi: 10.1136/rmdopen-2023-003855
6. Santos-Alarcón S, Matak-Díaz FJ, Schneller-Pavelescu Apetrei CL, Belinchón-Romero I. Rapid and sustained improvement of psoriasis with Bimekizumab: a real-world case series. *JEADV Clin Pract*. 2024; 3: 1270–1273. doi: 10.1002/jvc2.457
7. Melgosa Ramos FJ, Mansilla Polo M, Ortiz Salvador JM, Martorell A. Safety and Efficacy Profile of Bimekizumab in Patients With Psoriasis and Psoriatic Arthritis: An 18-Patient Case Series. *Actas Dermo-Sifiligráficas*. 2024. doi:10.1016/j.ad.2024.08.009

Exploración física

A la exploración presentaba inicialmente micropústulas, que evolucionaron con el tiempo a placas eritemato-descamativas, de límites bien definidos, localizadas en ambas plantas respetando el arco plantar interno. En palmas presentaba lesiones similares de menor intensidad, asociadas a pitting en 4ª uña de mano izquierda, con un ppPASI de 20.8 (Fig.1).

Además, presentaba placas compatibles con psoriasis vulgar en ambos antebrazos.

No mostraba lesiones en cuero cabelludo ni en el resto del tegumento.

Fig.1. Lesiones palmo-plantares consistentes en placas eritemato-descamativas bien delimitadas



Exploraciones complementarias

Se realizó una analítica que no objetivó alteraciones, incluyendo serologías y quantiferon, y una biopsia-punch objetivándose la presencia de vesículas intraepidérmicas con neutrófilos y espongiosis focal, además de un infiltrado dérmico de tipo mixto.

Diagnóstico

Pustulosis palmo-plantar (PPP) en contexto de psoriasis.

Tratamiento

La paciente había realizado tratamiento con corticoides tópicos e inhibidores de la calcineurina tópicos sin mejoría clínica. Posteriormente, recibió PUVA, acitretino y secukinumab, en contexto de ensayo clínico, todos ellos con escasa respuesta.

En 2014 inició apremilast 30 mg/d (no toleró dosis mayores) con mejoría de las lesiones, persistiendo únicamente hiperqueratosis leve-moderada en plantas con leve eritema en zona de talones.

Evolución (III)

En ese momento, se decidió suspender su medicación e iniciar guselkumab. Sin embargo, la paciente continuaba al cabo de dos meses con importantes lesiones y gran afectación de calidad de vida, por lo que se optó por realizar switch a BIMEKIZUMAB 320 mg cada 4 semanas. En tan sólo un mes, tanto las lesiones como el prurito mejoraron espectacularmente (Fig. 3).

Actualmente, la paciente lleva tres meses con el fármaco, sin lesiones y muy satisfecha con este tratamiento, por lo que en un mes pasará a administrárselo cada dos meses.

Fig.3. resolución completa de las lesiones tras un mes de tratamiento con bimekizumab



Comentario

En ocasiones, la PPP puede ser difícil de diferenciar de un ecema de manos, tanto clínica como histopatológicamente, existiendo formas solapadas. De hecho, las dos enfermedades podrían coexistir en el 1.3% de los pacientes diagnosticados de psoriasis o de DA. Cuando esto ocurre, es la afectación de las manos la que se produce con mayor frecuencia.

El manejo de estos pacientes, dada la implicación de múltiples vías inflamatorias, es complejo, con mala respuesta a terapia tópica requiriendo sistémicos en un 73% y más de un biológico consecutivo en un 30%.

En un paciente con antecedentes conocidos de psoriasis y lesiones en manos recalcitrantes se debe considerar la DA. En nuestro caso, dada la edad y los antecedentes de neoplasia previa, se descartó el empleo de un anti-JAK, decantándonos por un anti-IL23. Sin embargo, ante la escasa respuesta y el gran impacto en calidad de vida, se cambió a BIMEKIZUMAB por ser un fármaco transversal, con experiencia muy positiva en PPP y buenos datos en artritis psoriásica. Con ello, conseguimos resultados clínicos rápidos y un elevado grado de satisfacción de nuestra paciente.

Evolución (I)

La paciente fue diagnosticada en otro centro de artritis reumatoide seropositiva en 2018, por lo que se asoció metotrexate 10 mg/semana al apremilast 30 mg/d, quedando sin lesiones palmo-plantares.

En 2020 fue diagnosticada y tratada de un carcinoma de mama lobulillar.

Evolución (II)

A principios de 2024, comenzó con un brote de lesiones muy pruriginosas en palmas de manos. Además, asociaba dolor articular de tipo inflamatorio en pequeñas articulaciones de manos. En ese momento, sus lesiones eran más de tipo dishidrosiforme que pustuloso, con eritema y descamación importantes, presentando un IGA 4 y una escala de intensidad de prurito de 10/10 (Fig.2).

Fig.2. Eritema y descamación en palmas de manos



Bibliografía

Barry K, Zancanaro P, Casseres R, Abdat R, Dumont N, Rosmarin D. Concomitant atopic dermatitis and psoriasis - a retrospective review. J Dermatol Treat. 2021;32(7):716-20.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



10. Piel de diamante: inexpugnable ante múltiples terapias.

Este caso presenta a un paciente con psoriasis y artritis psoriásica grave, ambas resistentes a múltiples tratamientos biológicos ("piel de diamante"), lo que supone un desafío en la práctica clínica diaria. Se presentan diversas estrategias terapéuticas para su manejo, incluyendo la reintroducción de biológicos tras un período de suspensión, así como la combinación de fármacos biológicos (terapia biológica dual).

Un varón de 51 años, con antecedentes de artritis psoriásica, consultó por lesiones cutáneas generalizadas, de años de evolución. Se estableció el diagnóstico de psoriasis en placas grave, y a pesar de múltiples tratamientos, incluyendo metotrexato, leflunomida, etanercept, adalimumab, ustekinumab, ixekizumab, risankizumab y upadacitinib, las respuestas fueron variables y la enfermedad persistió. Finalmente, se reinició ixekizumab tras un periodo de suspensión, logrando una mejoría clínica significativa, tanto cutánea como articular. Este caso destaca la importancia de abordar las enfermedades crónicas refractarias en comités multidisciplinares, y la necesidad de contar con estrategias terapéuticas eficaces, seguras y flexibles.

Anamnesis

Un varón de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de artritis psoriásica (APs), consultó en 2016 por un cuadro de lesiones cutáneas generalizadas. Las lesiones comenzaron en 2003 como pequeñas placas rojizas con superficie descamativa, localizadas en codos, rodillas y región lumbar. Aumentaron de tamaño y número de forma progresiva, evolucionando a grandes placas pruriginosas que se distribuyeron por el tronco y las extremidades. Asociaba dolor articular en manos, pies y rodilla derecha de características inflamatorias. Estaba en tratamiento con metotrexato y leflunomida, pautado por Reumatología, con mala respuesta, tanto cutánea como articular.

Exploraciones complementarias

Pruebas de imagen:

En la radiografía anteroposterior (AP) y lateral de ambas manos se identificaron erosiones y anquilosis en las articulaciones interfalángicas proximales (IFPs) y distales (IFDs) del segundo, tercer y cuarto dedo de la mano derecha, y del tercer y cuarto dedo de la mano izquierda. Asimismo, se observó una luxación en la articulación IFP del primer dedo de forma bilateral (**Figura 2 A-B**). En la radiografía AP de los pies se identificaron múltiples erosiones y subluxaciones en las articulaciones metatarsofalángicas de ambos pies (**Figura 3**). En la radiografía de tórax no se observaron alteraciones de significado patológico.

Laboratorio:

Se realizó una analítica con hematimetría, bioquímica, QuantiFERON®-TB-Gold, serología (VIH, virus hepatotropos y lúes), con resultados normales o negativos, excepto una proteína C reactiva de 15 mg/dL (0,00 - 0,50).

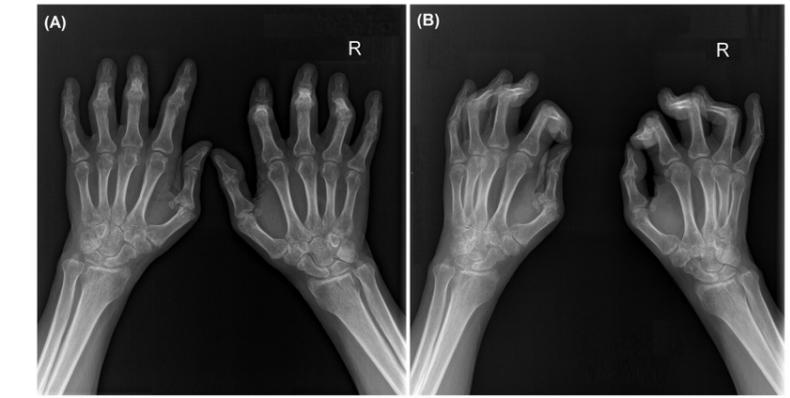


Figura 2. Radiografía de manos AP (A) y lateral (B): Erosiones y anquilosis en las articulaciones IFPs e IFDs del segundo, tercer y cuarto dedo de la mano derecha, y del tercer y cuarto dedo de la mano izquierda. Además, se observa luxación en la articulación IFP del primer dedo de forma bilateral.



Figura 1. A-B. En el tronco y los miembros superiores presenta placas eritematosas de bordes netos e irregulares, cubiertas por escamas gruesas blanco-nacaradas.



Figura 3: Radiografía de pies AP. Presenta múltiples erosiones y subluxaciones en las articulaciones metatarsofalángicas de ambos pies.

Diagnóstico

Se estableció el diagnóstico de **psoriasis en placas grave (PASI 32,8)**, **psoriasis ungueal** y **artritis psoriásica** con alta actividad de la enfermedad (DAS28: 6).

Exploración física

En los miembros superiores, abdomen y espalda, presentaba múltiples pápulas y placas eritematoescamosas, de tamaño variable, coalescentes, discretamente infiltradas, de bordes netos y contorno irregular. La superficie de las lesiones era plana, áspera y estaba cubierta por escamas blanco-nacaradas, gruesas y no adherentes (**Figura 1 A-B**). En los miembros inferiores presentaba placas eritematoescamosas de superficie brillante y fisurada, que cubrían toda la extremidad en forma de un armazón circunferencial. Las lesiones seguían una distribución bilateral y simétrica. Asimismo, asociaba afectación de las 20 uñas, con onicólisis distal de borde eritematoso, manchas de aceite, piqueteado ungueal de distribución irregular e hiperqueratosis subungueal.

En manos, pies y rodilla derecha presentaba dolor a la palpación e impotencia funcional, con deformidad en flexión en el segundo, tercer y cuarto dedo de ambas manos. En la exploración física general no se detectaron adenopatías ni organomegalias.

Tratamiento

Se actualizó el calendario vacunal por parte del Servicio de Medicina Preventiva y se inició tratamiento con **etanercept** sin inducción, 50 mg/semanal, asociado a metotrexato 5 mg/semanal.

Evolución

El paciente suspendió el metotrexato *motu proprio* por molestias gastrointestinales. No obstante, el cuadro cutáneo y articular mejoró progresivamente, alcanzándose un PASI 2. Sin embargo, tras dos años de tratamiento, las lesiones cutáneas empeoraron, con nuevos brotes de placas psoriasisiformes en el tronco y las extremidades (PASI 20). Se decidió iniciar **adalimumab** con inducción, debido a la pérdida de eficacia de etanercept, pero no hubo mejoría clínica significativa. Por este motivo, se cambió a **ustekinumab**, y el cuadro cutáneo mejoró (PASI 10), pero la afectación articular empeoró con importante impotencia funcional. Se inició **ixekizumab** con inducción en 2020, lo que se asoció con una mejoría cutánea (PASI 0) y articular. En 2022, si bien el cuadro cutáneo se mantenía estable, el paciente experimentó brotes de poliartralgias y artritis en articulaciones IFPs e IFDs de ambas manos, que no respondieron a la combinación de ixekizumab y metotrexato 12,5 mg/semanal. Se decidió suspender ixekizumab e iniciar **risankizumab**, dada la importante afectación articular, pero no se evidenció mejoría tras seis meses de tratamiento. Posteriormente, se suspendió risankizumab y se inició **upadacitinib**, que condujo a un empeoramiento articular y cutáneo significativo.

Comentario

La psoriasis refractaria a múltiples tratamientos supone un reto en la práctica clínica diaria. Los fármacos biológicos pueden perder su eficacia tras una respuesta inicial favorable¹. Sin embargo, la reintroducción de éstos, tras un periodo de suspensión, puede ser una estrategia eficaz, sobre todo en casos recalcitrantes². Por otro lado, proponemos la terapia biológica dual como una alternativa en casos de psoriasis y APs resistentes. Se han publicado casos y series de casos que evalúan la eficacia y seguridad de la terapia dual, siendo la combinación de ustekinumab y etanercept la asociación más empleada en la literatura. Si bien dicho abordaje puede resultar beneficioso, también se asocia a un mayor riesgo de infecciones de partes blandas y neumonía³⁻⁷. Es necesario discutir los riesgos y beneficios de la terapia dual en comités multidisciplinares, y ofrecerla en los casos que no responden a la monoterapia biológica o a la combinación de un biológico con un agente sistémico.

Bibliografía

1. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(4):1029-1072. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.057>.
2. Wang CY, Foley P, Baker C, Rademaker M. Biological Therapy Interruption and Re-Treatment in Chronic Plaque Psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2021;20(10):1063-1071. <https://doi.org/10.36849/JDD.5716>.
3. Furer V, Elkayam O. Dual Biologic Therapy in Patients with Rheumatoid Arthritis and Psoriatic Arthritis. *Rambam Maimonides Med J.* 2023;14(2):e0007. <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10494>.
4. Hanna S, Youssef P, Lowe P. Novel combination biologic therapy for recalcitrant psoriasis and psoriatic arthritis in a medically complex patient. *Australas J Dermatol.* 2022;63(1):e63-e66. <https://doi.org/10.1111/aid.13752>.
5. Shurey M, Yip A, Ziouza O, Chan J, Dutz JP. Combination Therapy with Tofacitinib and IL-12/23, IL-23, or IL-17A Inhibition for the Treatment of Refractory Psoriatic Arthritis: A Case Series. *J Clin Rheumatol.* 2022;28(2):e626-e628. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001767>.
6. Gniadecki R, Bang B, Sand C. Combination of antitumor necrosis factor- α and anti-interleukin-12/23 antibodies in refractory psoriasis and psoriatic arthritis: A long-term case-series observational study. *Br J Dermatol.* 2016;174(5):1145-6. <https://doi.org/10.1111/bjd.14270>.
7. Cuchacovich R, Garcia-Valladares I, Espinoza LR. Combination biologic treatment of refractory psoriasis and psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2012;39(1):187-93. <https://doi.org/10.3899/jrheum.110295>.

Evolución

En este momento de la evolución, y ante una **psoriasis en placas y APs refractaria a múltiples tratamientos biológicos**, nos planteamos tres escenarios terapéuticos posibles: **1)** ensayar con fármacos biológicos no empleados hasta el momento (secukinumab, bimekizumab o guselkumab); **2)** reintroducir ixekizumab, un fármaco con el que se alcanzó una buena respuesta cutánea y articular, antes de la pérdida de eficacia, y **3)** combinar fármacos biológicos (terapia biológica dual). Finalmente, se decidió reiniciar el tratamiento con ixekizumab con inducción, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y tras discutir los riesgos y beneficios de cada terapia en un comité multidisciplinar. El paciente mejoró de forma progresiva, tanto desde el punto de vista cutáneo como articular. A los cuatro meses del reinicio del tratamiento presentaba máculas, pápulas y placas eritematoescamosas en tronco y extremidades, no infiltradas y de aspecto residual (**Figura 4 A-B**). Tras un año de tratamiento presenta un PASI 0 y un buen control de la clínica ungueal y articular.



Figura 4. A-B: En el tronco y los miembros superiores presenta máculas, pápulas y placas eritemato-grisáceas, no infiltradas, con descamación fina y aspecto residual.

11. Largo camino hasta el éxito: un ejemplo de enfermedad refractaria.

Decidimos presentar este caso debido a la dificultad que supone en algunos de nuestros pacientes con psoriasis alcanzar el control de la enfermedad a pesar de intentar todas las líneas de tratamiento.

Mujer de 56 años con psoriasis vulgar grave desde hace 8 años con afectación de pliegues y fenómenos de overlap con eccemas en miembros inferiores. Realizó múltiples tratamientos: fototerapia (sin respuesta), ciclosporina (intolerancia), metotrexato (hipertransaminasemia), acitretino (sin respuesta), mirikizumab (fallo secundario), infliximab (empeoramiento paradójico), risankizumab (respuesta parcial, pero aparición de lesiones eczematosas y empeoramiento de hidradenitis supurativa), brodalumab (fallo secundario). Ante la ausencia de mejoría y gran afectación de calidad de vida finalmente se decidió iniciar bimekizumab en pauta estándar, con mejoría progresiva hasta blanqueamiento completo de las lesiones en 6 meses sin efectos adversos.

Anamnesis

Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años con psoriasis vulgar e invertida grave desde 2016. Como antecedentes destaca un síndrome metabólico (obesidad severa, HTA, diabetes, dislipemia), esteatosis hepática con hipertransaminasemia, hidradenitis supurativa, insomnio y síndrome depresivo reactivo.

Desde su diagnóstico, realizó pasó por todas las líneas de tratamientos para la psoriasis, teniendo que suspenderlas por intolerancia, ausencia de respuesta primaria o fallo secundario en poco tiempo:

Fototerapia (no respuesta), Ciclosporina (intolerancia con cefalea y vómitos), Metotrexato (hipertransaminasemia), Acitretino (fallo primario), Mirikizumab (duración 3 años con fallo secundario), Infliximab (empeoramiento paradójico), Risankizumab (duración 10 meses con fallo secundario) y Brodalumab (duración 11 meses con fallo secundario).

Exploraciones complementarias

Análítica de sangre con hipertransaminasemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

TAC de sacroilíacas en que se descarta espondiloartropatía psoriásica.

Diagnóstico

Psoriasis en placas y psoriasis invertida, en paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular, hidradenitis supurativa Hurley II y fallo o contraindicación de todas las líneas previas de tratamiento.

Exploración física

Placas eritematodescamativas extensas en tronco y extremidades. Lesiones de psoriasis invertida e hidradenitis supurativa Hurley 2 en axilas e ingles.

Peso 110 kg

PASI 30

BSA 25%

PGA 4

DLQI 20



Figura 1

Exploración física

Placas eritematodescamativas extensas en tronco y extremidades. Lesiones de psoriasis invertida e hidradenitis supurativa Hurley 2 en axilas e ingles.

Peso 110 kg

PASI 30

BSA 25%

PGA 4

DLQI 20



Figura 2

Tratamiento

Finalmente inició Bimekizumab 320 mg cada 8 semanas en abril 2023, con mejoría progresiva hasta blanqueamiento prácticamente completo en 6 meses, controlándose también las lesiones de hidradenitis. Gran mejoría de estado de ánimo y calidad de vida.

PASI 1 (Figuras 3 y 4).



Figura 3

Tratamiento

Finalmente inició Bimekizumab 320 mg cada 8 semanas en abril 2023, con mejoría progresiva hasta blanqueamiento prácticamente completo en 6 meses, controlándose también las lesiones de hidradenitis. Gran mejoría de estado de ánimo y calidad de vida.

PASI 1 (Figuras 3 y 4).



Figura 4

Evolución

Durante el seguimiento la paciente ha mantenido muy buen control con un PASI 0-1, pero en junio de 2024 ha precisado la suspensión temporal de Bimekizumab por cirugía mayor abdominal, con rebrote secundario de lesiones.

Se reinició nuevamente el fármaco 2 semanas tras la intervención, con pauta de inyección cada 4 semanas junto con Prednisona oral 10 mg al día y tópicos para ayudar a controlar el brote.

La paciente ha ido mejorando de forma progresiva con esta pauta hasta blanqueamiento completo en 4 meses, con espaciamiento nuevamente de Bimekizumab y suspensión de Prednisona.

Comentario

Queremos llamar la atención sobre la existencia en práctica clínica, tanto en psoriasis como en otras enfermedades inmunomediadas, de pacientes "metabolizadores rápidos" de los fármacos que, probablemente debido a polimorfismos genéticos en combinación con otros factores, sufren una pérdida de la respuesta en pocos meses con agotamiento progresivo de las líneas de tratamiento existentes.

En estos casos sería útil la combinación simultánea de varios tratamientos con diferentes mecanismos de acción (biológico mas sistémico clásico) para mantener la respuesta todo lo posible y no consumir todos los escalones terapéuticos.

En el caso de nuestra paciente debido a todas las contraindicaciones que presentaba no fue posible esta terapia combinada que quizá hubiera permitido ahorrar líneas de tratamiento.

12. ¿Qué le pides a un tratamiento para una psoriasis grave a los 79 años? Rapidez, duración y seguridad.

Este caso ilustra el manejo de un paciente anciano con psoriasis en placas grave, resistente a terapias sistémicas convencionales y con comorbilidades significativas, como insuficiencia cardiaca. El caso destaca la eficacia y seguridad de bimekizumab en el control rápido, desde la semana 4, y sostenido de la psoriasis en un paciente complejo, tras el fracaso de ciclosporina, acitretino, apremilast y metotrexato, logrando una mejoría clínica significativa sin eventos adversos a lo largo de 72 semanas de seguimiento.

Se presenta el caso de un hombre de 79 años con historia de psoriasis vulgar de larga evolución, resistente a múltiples terapias sistémicas. El paciente, con antecedentes de insuficiencia cardiaca y melanoma, experimentó fracasos al tratamiento con apremilast y metotrexato. Al inicio de bimekizumab (tras la primera dosis), mostró una respuesta clínica significativa y rápida, con un aclaramiento casi completo de las lesiones (PASI reducción del 96.6%) en las primeras 4 semanas, que se mantuvo hasta la semana 72 con un solo brote leve que requirió tratamiento tópico. No se observaron efectos adversos en el seguimiento.

Anamnesis

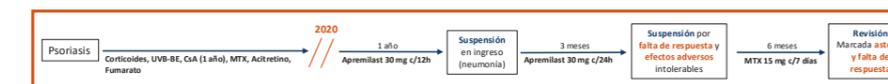
Varón de 79 años con psoriasis en placas

40 años de evolución
Prurito asociado (NRS 10/10)

- Tratamientos previos:
- Corticoides tópicos
 - Fototerapia UVB-BE
 - Inmunosupresores (Ciclosporina, Metotrexato)
 - Acitretino
 - Fumarato
 - Apremilast (respuesta casi completa inicial)

Comorbilidades

- Insuficiencia cardiaca con FE reducida
- Cardiopatía isquémica por IAM anterolateral
- Léntigo maligno melanoma en flanco izquierdo (Breslow 0.8 mm, BSGC negativa)



NRS: Numerical Rating Scale; UVB-BE: ultravioleta B de banda estrecha; CIA: ciclosporina; MTX: metotrexato; FE: fracción de eyección; IAM: infarto agudo de miocardio; BSGC: biopsia selectiva de ganglio centinela.

Bibliografía

1. López Ferrer, I. Belinchón Romero, R. Rivera Díaz et al., Mantenimiento a 4 años del aclaramiento completo con bimekizumab en 10 pacientes en España procedentes del estudio BE RADIANT, ACTAS Dermo-Sifillográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.05.044>.
2. K.B. Gordon, P. Foley, J.G. Krueger, A. Pinter, K. Reich, R. Vender, et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): A multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. Lancet, 397 (2021), pp. 475-486 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00126-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00126-4).
3. K. Reich, K.A. Papp, A. Blauvelt, R.G. Langley, A. Armstrong, R.B. Warren, et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): Efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. Lancet, 397 (2021), pp. 487-498 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00125-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00125-2).
4. R.B. Warren, A. Blauvelt, J. Bagel, K.A. Papp, P. Yamauchi, A. Armstrong, et al. Bimekizumab versus Adalimumab in Plaque Psoriasis. N Engl J Med, 385 (2021), pp. 130-141 <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2102388>.
5. K. Reich, R.B. Warren, M. Lebwohl, M. Gooderham, B. Strober, R.G. Langley, et al. Bimekizumab versus Secukinumab in Plaque Psoriasis. N Engl J Med, 385 (2021), pp. 142-152 <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2102383>.
6. Armstrong, K. Fahrback, C. Leonardi, M. Augustin, B. Neupane, P. Kazmierska, et al. Efficacy of Bimekizumab and Other Biologics in Moderate to Severe Plaque Psoriasis: A Systematic Literature Review and a Network Meta-Analysis. Dermatol Ther (Heidelb), 12 (2022), pp. 1777-1792 <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-022-00760-8>.
7. D. Thaçi, R. Vender, M.A. de Rie, C. Conrad, D.M. Pariser, B. Strober, et al. Safety and efficacy of bimekizumab through 2 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: Longer-Term results from the BE SURE randomized controlled trial and the open-label extension from the BE BRIGHT trial. Br J Dermatol, 188 (2023), pp. 22-31 <http://dx.doi.org/10.1093/bjd/ljac021>.

Exploración física

- Superficie corporal afectada (BSA): **30%**
- PASI absoluto: **24,6**
- Sin onicopatía asociada
- **No lesiones mucosas** (en contexto de MTX)



Figura 1. Psoriasis en placas grave. A. Extensas placas eritematosas brillantes y descamativas en tronco, abdomen y caras extensoras de miembros superiores. B. Placas infiltradas y cubiertas por gruesas escamas blanquecinas en muslos, rodillas y superficies pretibiales.

Exploraciones complementarias



MTX: metotrexato subcutáneo en pluma de 15 mg en pauta semanal

- Hemograma urgente: no citopenias
- Función hepática: normal
- FIB-4: 1.83
- Quantiferon: negativo 3 meses atrás



Diagnóstico

Psoriasis en placas

Grave (PASI 24,6)

Refractaria a sistémicos (CsA, acitretino, MTX, apremilast)

Comorbilidades

Edad mayor de 70 años

Insuficiencia cardíaca con FE reducida

Cardiopatía isquémica por IAM anterolateral

Léntigo maligno melanoma



Tratamiento

Discontinuación de MTX

Inicio de Bimekizumab 320 mg

2 inyecciones subcutáneas de 160 mg/ml

En pauta de iniciación (cada 4 semanas)

Sin periodo de lavado



Evolución

Semana 72

Bimekizumab cada 8 semanas

PASI absoluto 0

Reducción del PASI del 100%

Respuesta sostenida hasta semana 52

Mantenimiento de respuesta hasta semana 72

Brote leve que precisó corticoterapia tópica de rescate

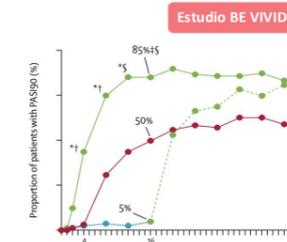
No se observaron efectos adversos



Figura 4. Psoriasis a las 72 semanas del inicio de Bimekizumab subcutáneo, en mantenimiento cada 8 semanas. A y B. Blanqueamiento completo.

Comentario

- La psoriasis es una enfermedad de **curso crónico**, con actividad inflamatoria persistente y **exacerbaciones periódicas**^{1,2}
- Así, en los objetivos terapéuticos es tan importante alcanzar el **máximo blanqueamiento**, como mantener esta **respuesta a largo plazo**^{1,2}



Mantenimiento de la tasa de pacientes con respuesta PASI 90 hasta la **semana 52**¹

En la **semana 4** (tras una dosis de Bimekizumab), un **43,6%** de pacientes alcanzaron PASI 90 (frente a un 3,1% con ustekinumab)¹

Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Langley RG, Armstrong A, Warren RB, Gordon KB, Merola JF, Okubo Y, Muddiri C, Wang M, Corfi C, Van Voorst V, Lebwohl M. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active-comparator and placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2023 Feb 6;391(10177):482-498. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00212-9. Epub 2023 Feb 26;391(10177):482-498. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00212-9.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución

Semana 4

1ª dosis de Bimekizumab 320 mg (2x160 mg)

PASI absoluto 1,8

Reducción del PASI del 96,6%

Desaparición del prurito

NRS 0/10



Figura 2. Psoriasis a las 4 semanas de la administración de 320 mg de Bimekizumab subcutáneo. A. Persistencia de parches eritemato-descamativos en codos. B. Persistencia de placas aisladas en muslos y rodillas.

Evolución

Semana 16

Bimekizumab cada 4 semanas

PASI absoluto 0

Reducción del PASI del 100%



Figura 3. Psoriasis a las 16 semanas del inicio de Bimekizumab subcutáneo. A. Blanqueamiento completo con resolución de los parches eritemato-descamativos en codos. B. Desaparición de las placas.

Comentario

- La psoriasis es una enfermedad de **curso crónico**, con actividad inflamatoria persistente y **exacerbaciones periódicas**^{1,2}
- Así, en los objetivos terapéuticos es tan importante alcanzar el **máximo blanqueamiento**, como mantener esta **respuesta a largo plazo**^{1,2}



Mantenimiento de la respuesta PASI 100 hasta la **semana 96** en el **70,8%** de pacientes¹

Srober B, Paul C, Blauvelt A, et al. Bimekizumab efficacy and safety in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Two-year interim results from the open-label extension of the randomized BE RADIANT phase 3b trial. *J Am Acad Dermatol*. 2023 Sep;89(3):486-495. doi: 10.1016/j.jaad.2023.04.063.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

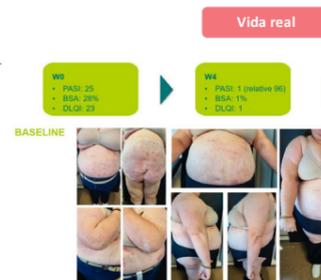


RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Comentario

- La psoriasis es una enfermedad de **curso crónico**, con actividad inflamatoria persistente y **exacerbaciones periódicas**^{1,2}
- Así, en los objetivos terapéuticos es tan importante alcanzar el **máximo blanqueamiento**, como mantener esta **respuesta a largo plazo**^{1,2}



Respuestas tempranas en práctica clínica real (Andalucía, España)¹

Ruiz-Williams R, Rodríguez-Fernández-Frías L, Cebolla-Verdugo M, Prats-Camona A, Hernández-Montoya C, Amaro-Hito JC, Galán-Gutiérrez M. Bimekizumab: Short-Term Effectiveness and Safety in Real Clinical Practice in Andalucía, Spain. *LAJ*. 2024; 14(3):281. https://doi.org/10.33064/laj.1430281

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Comentario

- La psoriasis es una enfermedad de **curso crónico** con actividad inflamatoria persistente y **exacerbaciones periódicas**^{1,2}
- Así, en los objetivos terapéuticos es tan importante alcanzar el **máximo blanqueamiento**, como mantener esta **respuesta a largo plazo**^{1,2}

Mostramos la respuesta rápida de nuestro paciente > 70 años con psoriasis grave y refractaria a sistémicos previos

La respuesta se ha mantenido hasta la semana 72

No ha experimentado eventos adversos a lo largo del tratamiento

El paciente está **muy satisfecho** con el tratamiento



Bibliografía

- Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGerdM Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris - Part 1: treatment and monitoring recommendations. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2020 Nov;34(11):2461-2498. doi: 10.1111/jdv.16915.
- Carrascosa JM, Puig L, Romero IB, Salgado-Boquete L, et al. Practical Update of the Guidelines Published by the Psoriasis Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (GPs) on the Treatment of Psoriasis With Biologic Agents: Part 2 - Management of Special Populations, Patients With Comorbid Conditions, and Risk. Actas Dermosifiliogr. 2022 Jun;113(6):583-609. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2022.01.024.
- Ficha técnica Bimzelx® (bimekizumab). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bimzelx-epar-product-information_es.pdf (Acceso octubre 2021).
- Reich K, Papp KA, Blauvelt A, et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. Lancet. 2021 Feb 6;397(10273):487-498. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00125-2. Erratum in: Lancet. 2021 Feb 20;397(10275):670. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00387-1.
- Strober B, Paul C, Blauvelt A, et al. Bimekizumab efficacy and safety in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Two-year interim results from the open-label extension of the randomized BE RADIANT phase 3b trial. J Am Acad Dermatol. 2023 Sep;89(3):486-495. doi: 10.1016/j.jaad.2023.04.063.
- Ruiz-Villaverde R, Rodriguez-Fernandez-Freire L, Cebolla-Verdugo M, et al. Bimekizumab: Short-Term Effectiveness and Safety in Real Clinical Practice in Andalucía, Spain. Life. 2024; 14(3):281. <http://doi.org/10.3390/life14030281>.
- European Public Assessment Report (EP AR) Bimzelx® (bimekizumab). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/bimzelx-epar-public-assessment-report_en.pdf (Acceso octubre 2024).
- Warren RB, Blauvelt A, Bagel J, et al. Bimekizumab versus Adalimumab in Plaque Psoriasis. N Engl J Med. 2021 Jul 8;385(2):130-141. doi: 10.1056/NEJMoa2102388.

13. Eficacia de bimekizumab en psoriasis pustulosa generalizada refractaria: informe de un caso con seguimiento a largo plazo.

Este caso subraya la potencial eficacia de bimekizumab en el manejo de la psoriasis pustulosa, representando una opción prometedora para pacientes con esta entidad, incluso si es refractaria a otros tratamientos sistémicos.

Se presenta el caso de una mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión, trombocitopenia y psoriasis crónica desde los 14 años, controlada previamente con tratamientos tópicos. La paciente acude al servicio de Dermatología debido a una erupción pustulosa extensa en el tronco y extremidades superiores, acompañada de un empeoramiento de sus lesiones en áreas submamarías y el escote. La exploración física revela placas eritematosas y descamativas, con pústulas estériles en flexuras y regiones centrales del tronco, sin afectación de mucosas ni compromiso sistémico significativo. Los estudios microbiológicos resultaron negativos y la histología mostró acantosis, paraqueratosis y acúmulos de neutrófilos en el estrato córneo. Ante la ineficacia de los tratamientos iniciales con acitretina y ciclosporina, se inició bimekizumab, logrando una remisión sostenida de las lesiones tras 15 meses de seguimiento, sin efectos secundarios significativos.

Anamnesis

Mujer caucásica de 70 años con antecedentes de:

- Hipertensión arterial.
- Trombocitopenia y
- Psoriasis desde los 14 años controlada con tratamiento tópico.

Acude a nuestro servicio de Dermatología en agosto de 2022 con una **erupción extensa en el tronco y extremidades superiores**. La paciente niega haber iniciado nuevos medicamentos en los últimos 6 meses.

Desde hace 2 meses, presentaba un **empeoramiento de su psoriasis de base afectando principalmente la zona submamaria y el escote**.

Se le pautó tratamiento con Propionato de **Clobetasol**, que aplicó durante 2 días antes de consultar.

Exploración física

Máculas eritematosas y descamativas extensas en zona lumbar, inguinal y de predominio centro torácico y en flexuras con múltiples pústulas estériles (Fig. 1)

Signo de Nikolsky negativo. No se observó afectación de mucosa oral ni conjuntival. No presentaba edema facial, adenopatías ni afectación palmar ni plantar



Figura 1: Extensa afectación en tronco (a); detalle de las pústulas (b).

Exploraciones complementarias

- Cultivo bacteriano y fúngico de las pústulas negativos.
- El estudio analítico con hemograma y bioquímica básica resultó sin alteraciones significativas, las serologías de VIH, VHB, VHC y sífilis y los IGRAS fueron negativos.

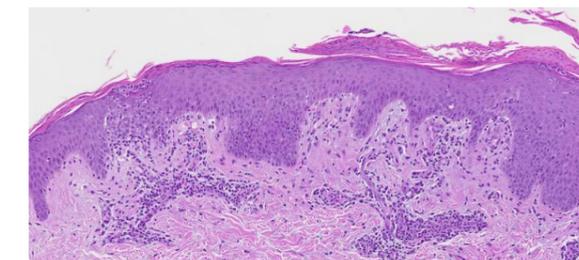


Figura 2: En el estudio histológico con hematoxilina-eosina se observó acantosis, dilatación de vasos en dermis superficial y acúmulos de neutrófilos en el estrato córneo y subcórneo. No se observaron bacterias. Tinción de PAS y Grocott negativas.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

Psoriasis pustulosa generalizada

Tratamiento

1º: acitretina 25mg/d y corticosteroides tópicos: ineficaces

2º Ciclosporina 150mg/12h; pérdida de respuesta al mes con rebrote y eventos adversos (HTA) (Fig. 3).

3º Metotrexato 15mg/semana: ineficaz

4º Bimekizumab con esquema de dosificación de psoriasis

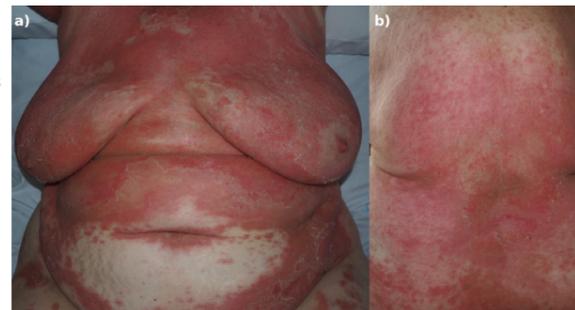


Figura 3: Extensa afectación en tronco, abdomen (a); y espalda(b).

Bibliografía

Shukuin R, Koizumi H, Ebata A, Imai S, Yamashita Y, Ogawa-Momohara M, Takeichi T, Muro Y, Takami N, Akiyama M. Successful combination therapy of bimekizumab and granulocyte monocyte adsorption apheresis for generalized pustular psoriasis complicated with microscopic polyangiitis. *J Dermatol.* 2023 Jun;50(6):e181-e182. doi: 10.1111/1346-8138.16707. Epub 2023 Feb 5. PMID: 36740366.

Hagino T, Saeki H, Kanda N. Two cases of generalized pustular psoriasis successfully treated with bimekizumab. *J Dermatol.* 2023 Oct;50(10):e357-e358. doi: 10.1111/1346-8138.16866. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37334759.

Oliver R, Krueger JG, Glatt S. Bimekizumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: efficacy, safety, pharmacokinetics, pharmacodynamics and transcriptomics from a phase IIa, randomized, double-blind multicentre study. *Br J Dermatol.* 2022;186:652-63.

Evolución

Reducción progresiva de las lesiones cutáneas sin recurrencia ni eventos adversos tras 17 meses de tratamiento

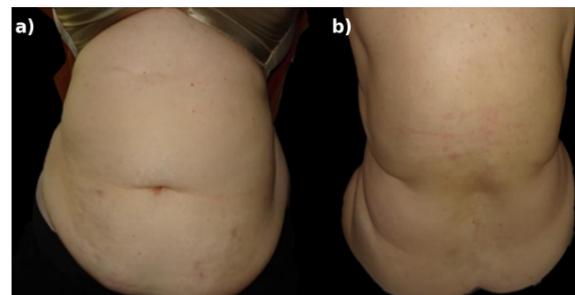


Figura 4: ausencia de lesiones en abdomen (a); y en espalda(b) tras tratamiento con bimekizumab.

Comentario

La **psoriasis pustulosa generalizada** es una forma rara y grave de psoriasis que presenta **desafíos significativos en su tratamiento**. Hasta la fecha, solo se han reportado tres casos de tratamiento con bimekizumab en pacientes con psoriasis pustulosa generalizada, todos en pacientes japoneses y con un seguimiento a corto plazo. Es interesante destacar que uno de esos casos no respondió previamente al tratamiento con secukinumab.

Se ha informado que bimekizumab reduce la expresión de citocinas y quimiocinas relacionadas con IL-17, lo que favorece la activación o quimiotaxis de neutrófilos en la piel afectada por psoriasis. Por este motivo, **bimekizumab podría ser una opción terapéutica eficaz en el tratamiento de la psoriasis pustulosa, incluso refractaria a otros tratamientos**.

14. El caso de las tres “P”

El caso resulta de interés dado que se aborda el manejo de la psoriasis grave en un paciente inmunodeprimido con infección VIH categoría C3 y concomitantemente infección por VHC en fase cirrosis compensada.

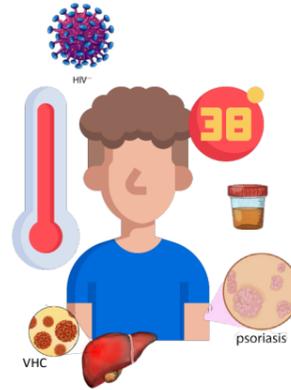
Varón de 55 años, con hábito tabáquico y ex-adicto a drogas por vía parenteral, con problemática social, e infección no controlada por VHC con cirrosis y VIH categoría C3, derivado a urgencias con fiebre, malestar general, coluria y psoriasis no controlada. Se logra instaurar tratamiento antirretroviral/antiviral pertinente así como manejo completo de la psoriasis con la administración de risankizumab.

Anamnesis

- Varón, 55 años.
- Ex-presidario.
- Fumador 3cig/día. Bebedor 3 cervezas/día.
- ExADVP (deshabitación con metadona).
- AM:
 - VIH (dx 1987) categoría C3, sin tratar.
 - Infección VHB pasada.
 - Infección activa VHC (genotipo 1^o) en fase cirrosis compensada. Sin tratamiento.
 - Psoriasis de más de un año de evolución, en tratamiento con calcipotriol/betametasona y corticoide tópicos.

Derivado a Urgencias por:

- Mal estado general, dolor lumbar izquierdo y orinas oscuras.
- Fiebre de 38° durante cuatro días consecutivos, asociando disnea y tos.
- Dolor en hipocondrio derecho acompañado de coluria sin acolia.
- Empeoramiento de la psoriasis



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

Análítica sanguínea:

- Glucosa 92 mg/dl, urea 38 mg/dl, creatinina 0,72 mg/dl, AST 43, ALT 20, GGT 58, FA 111, LDH 109, iones normales, PCR 27,4 mg/L, Lactato normal
- Hemograma: Hb 8,5 g/dl, Hto 24%, VCM 99 fl, HCM 34 fl, RDW 18,8%, leucocitos 4800 (Nf 51%, Mo 14%, Ef 5,4%, plaquetas 102.000
- PCR RNA VIH-1 32.244 cp/mL copias/mL, PCR RNA VHC 8931181 UI/mL
- Inmunidad celular: CD4 109/mm3 (14,63 %), CD8 410/mm (55,17 %), CD4/CD8 0,27

Análisis de orina: Urobilinógeno +++, resto de orina sin alteraciones.

Serologías:

- Ig M de Toxoplasma, CMV, VEB negativos
- Ag criptocócico negativo
- Lúes negativa
- HBs Ag y antiHBs negativos
- Beta-D-glucano POSITIVO 10,39 pg/ml;
- AFP: 121
- Ca19,9: 81

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

Pruebas de imagen:

- **Ecografía de abdomen:** Hepatomegalia de márgenes lobulados y ecoestructura heterogénea en relación con hepatopatía crónica. Se visualiza una lesión quística de 18 mm en segmento III, sin identificar otras lesiones focales en sus porciones accesibles. Porta permeable, de calibre normal, con flujo hepatopeto. Pequeña adenopatía periportal aislada. Esplenomegalia homogénea de 175 mm de eje craneocaudal. Vesícula biliar sin litiasis en su interior ni signos inflamatorios agudos en su pared. Vías biliares intra y extrahepáticas no dilatadas. Área pancreática visualizada (cabeza y cuerpo) y bazo, sin alteraciones ecoestructurales destacables. Riñones de tamaño y morfología normales, con espesor cortical conservado. Leve ectasia pielocalicial derecha, grado I-II, sin dilatación ureteral asociada ni evidencia de causas obstructivas. No se observa ectasia de vías excretoras izquierdas. No se observa líquido libre intraabdominal en cuantía significativa.
- **Tac torax-abdomen:** Hepatocarcinoma en lóbulo hepático derecho binodular y posiblemente en segmento 3 a valorar. Signos de hipertensión portal. Afectación en vidrio deslustrado y alveolar basal bilateral y en lóbulo medio.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

1. Psoriasis grave en paciente inmunodeprimido
2. Infección por VIH categoría C3
3. Infección VHC en fase de cirrosis compensada
4. Sarcopenia y desnutrición

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

- **RNM abdomen:** Hígado de tamaño normal aunque de contornos algo irregulares y con hipertrofia del lóbulo caudado, que además muestra una señal parenquimatosa heterogénea en las secuencias ponderadas en T2 atribuibles a su hepatopatía difusa. En segmento VIII hepático se identifica dos lesiones adyacentes (una de 21 mm y otra de 22 mm) que en secuencias ponderadas en T2 presentan un centro hipointenso con periferia hiperintensa. No se aprecia una clara caída de señal en secuencia dual IP/OP. También presentan una restricción a la difusión de predominio periférico y con contraste paramagnético muestran un realce precoz en fase arterial con un lavado portal, persistiendo realce capsular tardío. Estas alteraciones son **sospechosas de HCC y corresponderían a un LI-RADS 5**. En localización subcapsular anterior del segmento III se aprecia una imagen nodular hiperintensa en T2 de unos 18 mm, que protruye del contorno hepático. Restringe en difusión y con contraste paramagnético muestra un realce anular en fase arterial con un discreto realce central progresivo en fases tardías. La imagen se incluiría en la categoría **LI-RADS M y no se descartaría colangiocarcinoma**. Esta lesión no se visualizaba en TC previo de septiembre de 2023. En el mismo segmento III y adyacente al nódulo descrito se aprecia un nódulo con realce en fase arterial de unos 5,5 mm, que no muestra claro lavado en fase portal (LI-RADS 3). Se aprecia además un pequeño quiste de aspecto simple de 8 mm en el segmento VIII. Vena porta permeable dilatada de hasta 16 mm de diámetro. Esplenomegalia homogénea.
- **Gammagrafía ósea:** Lesión sospechosa, aunque no concluyente, de **metástasis osteolítica** en décima costilla derecha a valorar. Signos de artropatía degenerativa y patología insercional en las localizaciones descritas.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

- Placas eritematosas infiltradas con escamas nacaradas gruesas en piernas, brazos, región sacra, pubis, cuero cabelludo, retroauricular y cara (Figura 1). Nikolsky negativo.
- Intensa descamación en manos y pies.
- Edema con fovea con enrojecimiento de ambos pies.
- Leve tinte icterico.
- No pústulas ni ampollas.
- No se observaron surcos acarinos ni signo del ala delta a la DLP.

PASI = 43.20 BSA = 77.50 %

- Ligera hepatomegalia con dolor en hipocondrio derecho con signos descompresivos dudosos.
- Esplenomegalia.
- Sin evidencia de peritonismo.
- Peristaltismo conservado.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamiento

1. Risankizumab y betametasona/calcipotriol tópico
2. Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir alafenamida
3. Sofosbuvir/Velpatasvir

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

Tras su ingreso se retomó la terapia con antirretrovirales, antivirales directos para VHC y se administra tratamiento para su psoriasis con risankizumab. Los estudios realizados confirmaron la existencia de un hepatocarcinoma.

Se objetivó gran mejoría de la psoriasis a los pocos días de la administración del fármaco biológico, lográndose obtener un PASI 2 (previo PASI 43.2) con la administración de la primera dosis de risankizumab (Figura 2).

Del mismo modo, se observó una disminución de la carga viral de VIH y VHC durante su ingreso, una vez instaurados los tratamientos antivirales pertinentes.



Bibliografía

- Gordon KB, Lebwohl M, Papp KA, Bachelez H, Wu JJ, Langley RG, Blauvelt A, Kaplan B, Shah M, Zhao Y, Sinval R, Reich K. Long-term safety of risankizumab from 17 clinical trials in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. Br J Dermatol. 2022 Mar;186(3):466-475. doi: 10.1111/bjd.20818. Epub 2021 Nov 24. PMID: 34652810; PMCID: PMC9298814.
- Orsini D, Maramao FS, Gargiulo L, Ibba L, Piscazzi F, Pacifico A, Latini A, Gianserra L, Cristaudo A, Costanzo A, Narcisi A. Effectiveness and safety of risankizumab in HIV patients with psoriasis: A case series. Int J STD AIDS. 2024 Jan;35(1):67-70. doi: 10.1177/09564624231199510. Epub 2023 Sep 10. PMID: 37691387; PMCID: PMC10751968.
- Maliyar K, Lansang P, Doiron P. Use of risankizumab in two HIV-positive patients with psoriasis. JAAD Case Rep. 2023 Jan 30;33:54-55. doi: 10.1016/j.jidcr.2023.01.015. PMID: 36860809; PMCID: PMC9969266.
- Crowley JJ, Warren RB, Cather JC. Safety of selective IL-23/p19 inhibitors for the treatment of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019 Sep;33(9):1676-1684. doi: 10.1111/jdv.15953. Epub 2019 Jun 27. PMID: 31054215; PMCID: PMC6771721.
- Gargiulo L, Pavia G, Valenti M, Lleo de Nalda A, Perugini C, Costanzo A, Narcisi A. Safety of Biologic Therapies in Patients with Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis and Concomitant Viral Hepatitis: A Monocentric Retrospective Study. Dermatol Ther (Heidelb). 2022 May;12(5):1263-1270. doi: 10.1007/s13555-022-00726-w. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35460018; PMCID: PMC9110615.
- Ciolfi C, Balestri R, Bardazzi F, Burlando M, Chersi K, Costanzo A, Dapavo P, Gisoni P, Malagoli P, Pizzolato M, Rech G, Russo FP, Battistella S, Piaserico S. Safety profile of risankizumab in the treatment of psoriasis patients with concomitant hepatitis B or C infection: A multicentric retrospective cohort study of 49 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023 Oct;37(10):e1203-e1207. doi: 10.1111/jdv.19186. Epub 2023 May 18. PMID: 37170951.
- Mastorino L, Dapavo P, Avallone G, Merli M, Cariti C, Rubatto M, Pala V, Quaglino P, Ribero S. Biologic treatment for psoriasis in cancer patients: should they still be considered forbidden? J Dermatolog Treat. 2022 Aug;33(5):2495-2502. doi: 10.1080/09546634.2021.1970706. Epub 2021 Aug 30. PMID: 34409918.
- Armstrong AW, Soliman AM, Betts KA, et al. Long-term benefit-risk profiles of treatments for moderate-to-severe plaque psoriasis: a network meta-analysis. Dermatol Ther 2022; 12(1): 167-184. DOI: 10.1007/s13555-021-00647-0.

15. Gestante con erupción pustulosa generalizada.

Este caso clínico es relevante por la complejidad del manejo de una paciente embarazada con una forma grave y poco común de psoriasis. La evolución de la psoriasis en el embarazo presenta desafíos en el diagnóstico y en el tratamiento debido a los cambios hormonales e inmunológicos de esta etapa, que pueden afectar los síntomas y la respuesta a los tratamientos. Este caso ofrece información útil sobre el tratamiento de la psoriasis pustulosa gestacional y el uso seguro de terapias biológicas después de la gestación.

Se presenta el caso de una paciente de 30 años, en su semana 21 de gestación, con antecedentes de psoriasis en placas desde los 10 años. La paciente acude al servicio de urgencias debido a una exacerbación de sus lesiones, que se generalizaron y aparecieron nuevas lesiones de morfología y distribución atípicas. En la exploración física se observan pápulas y placas distribuidas en tronco y extremidades, con morfología circular, borde pustuloso y centro eritematoso con descamación fina. Los estudios complementarios, incluida una biopsia cutánea, confirmaron el diagnóstico de psoriasis pustulosa gestacional generalizada o impétigo herpetiforme. La paciente fue tratada inicialmente con corticoides y ciclosporina, lo que permitió estabilizar su condición hasta el parto. Tras dar a luz, su psoriasis en placas presentó un brote significativo, alcanzando una extensión del 50% de su superficie corporal, por lo que se decidió iniciar infliximab intravenoso. Posteriormente, y debido a la pandemia de COVID-19, se realizó una transición a adalimumab, tratamiento que sigue en la actualidad, con una respuesta favorable mantenida.

Exploración física

Las lesiones consistían en pápulas y placas extendidas por tronco y extremidades de morfología circular con borde activo pustuloso y centro eritematoso con descamación fina (fig. 1 y 2).



Figura 1. Pápulas y placas eritematosas en tronco anterior y miembros superiores caracterizadas por un borde activo pustuloso y centro más apagado descamativo.



Figura 2. Mismas lesiones en miembros inferiores, algunas de ellas formando colecciones pustulosas (nótese la zona poplítea posterior izquierda), que se intercalan con placas de psoriasis vulgar (cara posterior y lateral de piernas).

Anamnesis

Mujer de 30 años
Gestante de 21 semanas

Diagnóstico de psoriasis en placas desde los 10 años de edad localizada principalmente en piernas, codos y cuero cabelludo.

Acude al servicio de urgencias por clínica de 2 semanas de evolución consistente en generalización de sus lesiones de psoriasis en placas y de aparición de nuevas lesiones de diferente morfología y distribución.

Exploraciones complementarias

Analítica

La analítica extraída en el momento del ingreso no demostró alteración alguna.

Biopsia cutánea

Acantosis epidérmica regular, con pústulas espongiiformes en el estrato espinoso y en la capa córnea, edema en dermis papilar e infiltrado inflamatorio polimorfo superficial, compatible con psoriasis pustulosa.

Diagnóstico

Psoriasis pustulosa gestacional generalizada (impétigo herpetiforme).

Tratamiento

Se decidió iniciar tratamiento con **corticoides** orales a dosis de 30 miligramos al día en pauta descendente y posteriormente, se añadió **ciclosporina** a 4 miligramos por kilogramo de peso.

Evolución

La paciente dio a luz en **semana 38** a un **recién nacido de bajo peso con vuelta de cordón** que durante la primera semana de vida presentó una **plaquetopenia autoinmune** que reversionó con inmunoglobulinas intravenosas, sin otras incidencias.

Debido a la mejoría de las lesiones tras el parto (fig. 3 y 4), se decidió descender la ciclosporina paulatinamente hasta su suspensión 1 mes tras dar a luz.

Sin embargo, la paciente empeoró de su psoriasis en placas alcanzando una superficie corporal de aproximadamente el 50% por lo que se decide iniciar **infliximab** intravenoso. Se mantuvo con dicho tratamiento 13 años hasta la llegada de la pandemia de COVID-19 cuando se decide cambiar a **adalimumab**, tratamiento que sigue empleando en la actualidad optimizado a cada 4 semanas, manteniendo una respuesta completa.

16. Una psoriasis ungueal que se resistía.

Eficacia de bimekizumab en una paciente con psoriasis cutánea con afectación de localizaciones especiales.

Se trataba de una paciente de 53 años, con psoriasis cutánea con afectación ungueal, del cuero cabelludo y palmoplantar, así como artritis psoriásica axial y periférica que había fallado a varias líneas de tratamientos sistémicos: metotrexato, adalimumab, ixekizumab, certolizumab y certolizumab con subida de dosis. Presentaba gran afectación de la calidad de vida, sobre todo en relación con su afectación palmoplantar y ungueal, que llegaba a afectar a la deambulación y a tareas cotidianas con deterioro importante de la escala DLQI. Se decidió en febrero del 2024 iniciar bimekizumab a dosis de dermatología, con mantenimiento a dosis de reumatología, para así conseguir el control óptimo de ambos dominios. A las cuatro semanas del inicio de bimekizumab, se observó la resolución de las placas cutáneas palmoplantares y gran mejoría de la afectación en el cuero cabelludo y periungueal. A las 12 semanas, una gran mejoría de la afectación de uñas comenzó a ser visible, mejorando significativamente su calidad de vida y mostrando una gran satisfacción con los resultados del tratamiento.

Anamnesis

Nuestra paciente es una mujer de 53 años:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Fumadora de medio paquete diario.
- Con antecedentes de hipertensión, dislipemia y osteonecrosis de cadera.
- En tratamiento con antihipertensivos, hipolipemiantes y ácido zolendrónico.
- Como antecedente familiar, su madre padecía artritis psoriásica y psoriasis cutánea.

Comentario

El **impétigo herpetiforme** es una entidad poco frecuente que suele aparecer en el tercer trimestre del embarazo y puede resolverse espontáneamente tras la interrupción del mismo^{1,2}. En nuestro caso la paciente empezó con la clínica al final del segundo trimestre del embarazo y presentó gran mejoría al finalizar el mismo.

Actualmente, el impétigo herpetiforme se considera una forma de **psoriasis pustulosa generalizada**¹. De hecho, varios estudios genéticos y etiopatogénicos han revelado afectación significativa de las vías inmunitarias IL-1 e IL-36³.

Con frecuencia, la clínica **recurre** en embarazos posteriores, siendo más grave y requiriendo una escalada o una combinación terapéutica^{1,3}. Puede causar insuficiencia placentaria, retraso del crecimiento intrauterino fetal, ruptura prematura de la membrana fetal, parto prematuro y muerte fetal^{1,3}. Actualmente no existen guías de **tratamiento** establecidas pero los tratamientos más empleados son: altas dosis de corticoides, ciclosporina, UVB de banda estrecha, infliximab, antibióticos o seguimiento estrecho durante el embarazo y metotrexato, PUVA o retinoides orales en el postparto^{1,4,5}.

Bibliografía

1. Wan, Y., Zhang, L., Xie, B., Wu, J., Zhao, M., Guo, J., & Ding, J. (2023). Impetigo herpetiformis in the second trimester: a case report and review of the literature. *Journal of International Medical Research*, 51(12). <https://doi.org/10.1177/03000605231217950>
2. Kondo, R. N., Lopes, V. C. H., Araújo, F. M., Martins, L. M. M., & Pereira, A. M. (2013). Psoríase pustulosa da gestação (impetigo herpetiforme) - Relato de caso. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 88(6 SUPPL.1), 186–189. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132134>
3. Trivedi, M. K., Vaughn, A. R., & Murase, J. E. (2018). Pustular psoriasis of pregnancy: Current perspectives. In *International Journal of Women's Health* (Vol. 10, pp. 109–115). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S125784>
4. Babuna Kobaner, G., & Polat Ekinci, A. (2020). Infliximab for the treatment of recalcitrant generalized pustular psoriasis of pregnancy: Report of a challenging case. *Dermatologic Therapy*, 33(4). <https://doi.org/10.1111/dth.13571>
5. Luewan, S., Sirichotiyakul, S., & Tongsong, T. (2011). Recurrent impetigo herpetiformis successfully treated with methotrexate: A case report. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(6), 661–663. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01418.x>

Anamnesis

En seguimiento en Reumatología:

Artritis psoriásica con afectación axial y periférica HLA-B27 negativo.

Historia dermatológica:

Inicialmente estaba en seguimiento por placas pretibiales sobre las que aplicaba calcipotriol tópico bien controladas durante el tratamiento con adalimumab.

En el 2020 presentó un **brote con afectación ungueal y de cuero cabelludo** que condicionó el cambio de tratamiento biológico.

Tratamientos previos:

- **ADALIMUMAB** 40 mg cada 2 semanas iniciado en 2005 → buena respuesta inicial pero fallo secundario en el 2019
- **IXEKIZUMAB** 80 mg mensual (iniciado en junio del 2019 con dosis de 160 mg) → fallo primario
- **CERTOLIZUMAB** 200 mg cada 2 semanas iniciado en enero/2020 junto con METOTREXATO 10 mg semanales → Brote de psoriasis ungueal, palmoplantar y de cuero cabelludo
- **Aumento a dosis dobles de CERTOLIZUMAB a 400 mg** cada 2 semanas

Anamnesis

- ✓ Acude a nuestra consulta con empeoramiento de las lesiones que ahora afectan a zona pretibial, palmas y plantas (figura 1), uñas de manos y pies (figura 2) y cuero cabelludo.
- ✓ Coinciden con periodo de estrés y con inicio de perimenopausia.
- ✓ Niega otros desencadenantes.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

PASI 5, BSA 3%

- Eritema y descamación del cuero cabelludo
- Placas psoriasiformes en zona pretibial y a nivel palmoplantar



Figura 1. Placas psoriasiformes en área pretibial palmas de las manos (izquierda) y plantas de los pies (derecha).

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física



Figura 2. Onicólisis y paroniquia en la mayoría de las uñas de manos (izquierda) y pies (derecha) que provocaba una importante afectación de la calidad de vida.

NAPSI 8, DLQI 15

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamiento

- ✓ Ante la mínima mejoría con la subida de dosis del certolizumab, se decide iniciar bimekizumab:



INICIO A DOSIS DE DERMATOLOGÍA:
320 MG EN LA SEMANA 0, 4, 8, 12 Y 16
MANTENIMIENTO A DOSIS DE REUMATOLOGÍA
160 MG CADA 4 SEMANAS

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

A las 4 semanas...

Remisión completa de las placas del cuerpo incluidas las que presentaba a nivel palmoplantar y resolución de la afectación del cuero cabelludo.



Figura 3. Aclaramiento total de las placas psoriasiformes tanto en palmas como en plantas.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

En esta fase, se realizó:

- ✓ El seguimiento clínico de los **marcadores inflamatorios** (PCR 0,6) y la evaluación de efectos secundarios relacionados con los tratamientos biológicos (**IGRA** negativos, resto de **serologías** sin alteraciones)
- ✓ **Análítica general:** sin alteraciones relevantes
- ✓ **Calprotectina fecal:** negativa
- ✓ **Radiología de manos:** sin alteraciones



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico:

PSORIASIS PALMOPLANTAR PSORIASIS
EN PLACAS
PSORIASIS UNGUEAL
PSORIASIS DEL CUERO CABELLUDO



ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL Y
PERIFÉRICA HLA-B27 POSITIVO



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

A las 16 semanas...

Mejoría espectacular de la afectación ungueal tanto de uñas de manos (figura 4Ay 4B) y de la calidad de vida, mostrando una gran satisfacción con los resultados del tratamiento.



Figura 4. Gran mejoría de la distrofia ungueal, con paroniquia completamente resuelta. Gran mejoría de la distrofia ungueal, sobre todo en uñas de manos.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

Tras 6 meses de seguimiento...

La paciente ha continuado mejorando de su afectación ungueal: en el momento actual, solo presenta alguna mancha en aceite y mínima distrofia en algunas uñas de dedos del pie. No ha presentado ningún efecto adverso relacionado con el bimekizumab y este ha sido bien tolerado desde el principio.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Comentario: mecanismo de acción e indicaciones

- El bimekizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 que **inhibe selectivamente la interleucina (IL)-17F además de la IL-17A**, involucradas en la fisiopatología de la psoriasis^{1,2}.
- Ya aprobado para el tratamiento de la **psoriasis en placas, artritis psoriásica, espondiloartritis axial** y más recientemente, **hidradenitis supurativa**³.
- Su eficacia ha sido comprobada gracias a estudios fase 3 como BE VIVID, BE COMPLETE y BE SURE, donde **demostró superioridad frente a placebo y comparadores activos como ustekinumab, adalimumab y secukinumab**⁴⁻⁸.

Comentario: dosificación

- Los resultados de eficacia han demostrado su mantenimiento durante al menos **56 semanas, con ambos esquemas de dosificación** (cada 4 semanas y cada 8 semanas)³.
- Por ello, se decidió en nuestra paciente la pauta combinada:
- Iniciando a dosis empleadas en dermatología** → fue la afectación cutánea la que condicionó el cambio del tratamiento.
 - Manteniendo a dosis de reumatología** → fue la afectación articular la que indicó el inicio de un tratamiento sistémico.

Conclusiones

- Este caso destaca la **eficacia, seguridad y rapidez de bimekizumab** en el control de la psoriasis con afectación en localizaciones especiales, como uñas y cuero cabelludo, así como en la psoriasis palmoplantar en una paciente ya diagnosticada de artritis psoriásica.
- Puede deberse al **efecto dual de la inhibición de IL-17A e IL-17F** independiente de IL-23 y su papel en la psoriasis y la artritis psoriásica.
 - Opción terapéutica prometedora para casos complejos y resistentes a anti-TNFalfa y/o anti-IL17 como el que presentamos
- Con este caso también destacamos la importancia de la **consulta compartida entre reumatólogos y dermatólogos** para conseguir en control óptimo en los diferentes dominios y el manejo más rápido y efectivo de los brotes y nuevas manifestaciones.

Bibliografía

- Navarro-Compán V et al. The paradigm of IL-23-independent production of IL-17F and IL-17A and their role in chronic inflammatory diseases. *Front Immunol.* 2023; Nov 22;14:1332177.
- Sánchez-Rodríguez G, Puig L. Pathogenic Role of IL-17 and Therapeutic Targeting of IL-17F in Psoriatic Arthritis and Spondyloarthritis. *Int J Mol Sci.* 2023 Jun 18;24(12):10305.
- Kokolakis G, Warren RB, Strober B, Blauvelt A, Puig L, Mortita A, Gooderham M, Körber A, Vanvoorden V, Wang M, de Cuyper D, Madden C, Nunez Gomez N, Lebwohl M. Bimekizumab efficacy and safety in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis who switched from adalimumab, ustekinumab or secukinumab: results from phase III/IIIb trials. *Br J Dermatol.* 2023 Feb 22;188(3):330-340.
- Reich K et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2021 Feb 6;397(10273):487-498. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00125-2. Erratum in: *Lancet.* 2021 Feb 20;397(10275):670.
- Merola JF et al. Bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and previous inadequate response or intolerance to tumour necrosis factor-α inhibitors: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE COMPLETE). *Lancet.* 2023 Jan 7;401(10370):38-48.
- Gordon KB et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. *Lancet.* 2021 Feb 6;397(10273):475-486.
- Thaçi D et al. Safety and efficacy of bimekizumab through 2 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: longer-term results from the BE SURE randomized controlled trial and the open-label extension from the BE BRIGHT trial. *Br J Dermatol.* 2023 Jan 23;188(1):22-31.
- Ruiz-Villaverde R et al. Bimekizumab: Short-Term Effectiveness and Safety in Real Clinical Practice in Andalucía, Spain. *Life (Basel).* 2024 Feb 20;14(3):281.
- Gargiulo L et al. Effectiveness and safety of bimekizumab for the treatment of plaque psoriasis: a real-life multicenter study-IL PSO (Italian landscape psoriasis). *Front Med (Lausanne).* 2023 Aug 8;10:1243843.
- Soldani E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dresler C, Hua C, Hughes C, Naldi L, Afach S, Le Cleach L. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022 May 23;5(5):CD011535.
- Husein-ElAhmed H, Husein-ElAhmed S. Bayesian network meta-analysis of head-to-head trials for complete resolution of nail psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2023 Jul 21;48(8):895-902.
- Zhang X, Xie B, He Y. Efficacy of Systemic Treatments of Nail Psoriasis: A Systemic Literature Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne).* 2021 Feb 10;8:620562.
- Rompoti N et al. Bimekizumab in psoriasis: a monocentric study evaluating short- and mid-term effectiveness and safety profile in a real-world setting. *Arch Dermatol Res.* 2024 Apr 25;316(5):133.
- Ajenthien GD, Egeberg A, Melgaard KE, Loft N. Adverse Events in Patients Receiving Placebo in Phase III Trials of Biologics for Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis.* 2023 Jan;8(1):19-23.

Comentario: localizaciones especiales

- La eficacia comparativa de los fármacos biológicos disponibles para la psoriasis ungueal (PN) sigue siendo un tema de controversia debido a la escasez de datos.
- En el último metanálisis, se concluyó que en estos pacientes se debe dar prioridad a la administración de **terapias biológicas y de moléculas pequeñas, especialmente medicamentos anti-IL-17**^{11,12}.
- En particular, tofacitinib e ixekizumab¹² mostraron la magnitud más significativa del tamaño del efecto en el tratamiento de la psoriasis ungueal, no obstante, aún bimekizumab no estaba aprobado...

- Sin embargo, en varios estudios en vida real bimekizumab también ha demostrado su superioridad en **cuanto al tratamiento de localizaciones especiales** con resultados sobresalientes en psoriasis ungueal, del cuero cabelludo y otras áreas difíciles de tratar que fueron resistentes a otros fármacos biológicos previos^{8,9}.
 - En un estudio nacional logró el aclaramiento completo de estas localizaciones de alto impacto en 18 de 19 pacientes a las 16 semanas⁸.

Comentario: aceptabilidad y seguridad

- Según la última revisión de la Cochrane del 2023, bimekizumab y risankizumab podrían ser los mejores tratamientos considerando los resultados de eficacia y aceptabilidad conjuntamente¹⁰.
- Ya hay estudios en vida real, que están demostrando que el bimekizumab es bien tolerado, sin hallazgos inesperados de seguridad **con datos a cuatro años** siendo los efectos adversos más frecuentes **infecciones de vías respiratorias altas y candidiasis oral**^{13,14}.

17. Bimekizumab, una molécula poliAcética.

Resaltar la eficacia de bimekizumab en una paciente con psoriasis severa y artritis psoriásica de larga evolución, con fallo a múltiples líneas de tratamiento, tanto en el dominio cutáneo como en el articular, pudiendo lograr la retirada de metotrexato.

Paciente de 57 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2, dislipemia, esteatosis hepática y obesidad grado 2. Presenta una psoriasis vulgar severa de larga evolución y una artritis psoriásica periférica desde 2014, habiendo recibido distintas líneas de tratamientos sistémicos desde 2011 (anti-TNF, anti IL12/23, anti IL17). Desde 2018 se encontraba en tratamiento con secukinumab con eficacia parcial, precisando de tratamiento coadyuvante con metotrexato para control sintomático. En el último año, debido a una reactivación de la clínica articular y cutánea, se realizó switch a bimekizumab, logrando una respuesta PASI 100 en semana 12, con marcada mejoría de la sintomatología articular, pudiendo suspender metotrexato en semana 16, con gran satisfacción de la paciente. De esta forma, logramos ofrecerle un control óptimo de su enfermedad, además de garantizar el mejor perfil riesgo-beneficio, al reducir el riesgo de toxicidad hepática a largo plazo.

Anamnesis

Antecedentes Personales

- Mujer 57 años
- NRAMc
- Ex-fumadora
- HTA, DM2, DL
- Obesidad grado 2
- Esteatosis hepática
- **Tratamiento habitual:** metformina, liraglutida, empaglifozina, enalapril, simvastatina, pregabalina, bupropion, acfol

Historia Actual

- Psoriasis vulgar dco 1996
- Artropatía psoriásica dco 2014 tipo oligoarticular no erosiva en seguimiento reumatología. HLA B27 (-)
- AF: hijo psoriasis
- Mantoux (+) profilaxis 9 meses isoniazida 2011

Tratamientos realizados

- Tópicos y fototerapia UVB hasta 2011
- **Adalimumab** 2011-2012. Solapado con metotrexato. Suspendido por pérdida eficacia.
- **Etanercept** 2012-2013. Suspendido por fallo primario.
- **Ustekinumab** 2013 - 2017. Suspendido por pérdida eficacia.
- **Secukinumab** 300mg 2017 hasta actualidad. Desde 2018 solapado con metotrexato 10mg

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Anamnesis

Historia Actual

- Desde el punto de vista **cutáneo**, la paciente con los distintos tratamientos biológicos presentaba una mejoría parcial pero nunca había logrado un aclaramiento completo de las lesiones, a pesar de solapamiento con metotrexato 10mg semanales desde 2018.
- Desde el punto de vista **articular**, con secukinumab la paciente había presentado una mejoría inicial de las artralgias y rigidez articular, sin embargo, antes de cumplir el año de tratamiento había requerido inicio de metotrexato para control de la sintomatología.
- En el **último año** había notado una reactivación de la clínica articular con episodios de **artralgias** localizadas principalmente en las manos asociando **rigidez matutina** de unos 20 minutos de duración.

Exploración física

Peso: 100Kg. Talla: 160cm. IMC 39,1

Placas eritematodescamativas en superficies extensora de piernas, brazos y dorso de manos

Pitting ungueal leve

PASI 3,4 - BSA 5%

No afectación facial o de cuero cabelludo

No dactilitis o sinovitis



Figura 1: Afectación cutánea previo a inicio de terapia biológica. Previo al switch a bimekizumab la afectación era menos intensa (PASI3,4 BSA 5%)

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



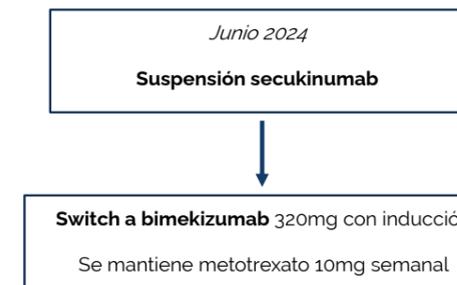
Exploraciones complementarias

- o **Analítica** sin alteraciones, hipovitaminosis D
- o **HLAB27** negativo
- o **Serologías (VIH, VHB, VHC)** negativas
- o **Ecografía hepática:** Hígado homogéneo, con aumento difuso de ecogenicidad en probable relación con esteatosis
- o **FIB4:** 1.06
- o **Radiografía de manos** sin alteraciones óseas

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamiento



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

Psoriasis vulgar severa
Artropatía psoriásica oligoarticular no erosiva

Fallo a múltiples líneas de tratamiento (anti-TNF, inhibidor IL12/23 e IL17) a pesar de rescate con metotrexato

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

Semana 12

Resolución completa de lesiones
PASI 0
Mejoría artralgias y rigidez matutina, ahora <10 minutos

Elevada **satisfacción** referida por la paciente
No efectos adversos

Semana 16

SE SUSPENDE METOTREXATO

Por mejoría lograda y perfil riesgo/beneficio (DM2 y esteatosis hepática)



Figura 2: Semana 12 tras switch a bimekizumab alcanzado respuesta PASI100

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Comentario

Bimekizumab, una molécula poliFAcética

- Paciente con psoriasis severa de larga evolución y artritis psoriásica con fallo a distintas líneas (**anti-TNF, IL12/23 e IL17**)
 - Tras switch logramos **PASI100 a 12 semanas**
 - Buena respuesta articular, pudiendo suspender metotrexato
- Eficacia dominio cutáneo y articular - *BE VIVID/BE READY*
 - **Superioridad** H2H frente ADA, UST y SEC (*BE SURE, VIVID, RADIANT*)²
- **Rescate** pacientes con fallo previo a IL17
 - Gracias a su mecanismo de inhibición dual de IL17A y F²
 - *Sood et al.* estudio de vida real multicéntrico³
 - 43 pacientes con fallo a iLL17
 - Semana 16 - 63% alcanzan PASI 100 y 84% PASI90
 - Ninguna suspensión por EA
- Buen perfil **seguridad** con datos a 4 años⁴



Conclusiones

- **Destacar eficacia** de bimekizumab tanto en dominio **cutáneo** como **articular**, consiguiendo respuestas rápidas, incluso en pacientes no naïve
 - o **Rescate** pacientes con fallo a anti IL17
- Importancia de **individualizar** tratamiento - manejo **integral**
 - o Gracias a la mejoría lograda se ha podido suspender metotrexato, reduciendo así el riesgo de nuestra paciente de toxicidad hepática a largo plazo
 - o Posible efecto **protector** de inhibidores **IL17**



Comentario

Manejo integral del paciente con psoriasis

Psoriasis <-> Síndrome metabólico/EHmet

- ↑ Riesgo de esteatohepatitis no alcohólica con MTX a dosis bajas (5%)⁴
- Riesgo aumentado en DM2, obesidad (5% -> 38%)⁵

- **Síndrome metabólico <-> Inflamación crónica**

- IL-17 entre otras citoquinas involucradas
- Estudios preclínicos > supresión via IL-17A restaura sensibilidad insulina y reduce riesgo de enfermedad hepática⁶

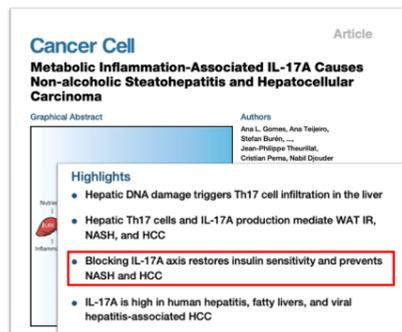
- Gracias al buen control clínico logrado con bimekizumab, pudimos suspender MTX en nuestra paciente, reduciendo así su riesgo de fibrosis hepática a largo plazo

⁵EHmet = enfermedad hepática metabólica (esteatosis hepática)⁵



Bibliografía

1. Kokolakis G, Warren RB, Strober B, Blauvelt A, Puig L, Morita A, Gooderham M, Körber A, Vanvoorden V, Wang M, de Cuyper D, Madden C, Nunez Gomez N, Lebwohl M. Bimekizumab efficacy and safety in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis who switched from adalimumab, ustekinumab or secukinumab: results from phase III/IIIb trials. *Br J Dermatol.* 2023 Feb 22;188(3):330-340. doi: 10.1093/bjd/ljac089.
2. Kokolakis G, Ghoreschi K. The Clinical Significance of Simultaneous IL-17A and IL-17F Blockade in Psoriasis Non-Responding to Anti-IL17A Therapy. *J Clin Med.* 2022 Dec 21;12(1):35. doi: 10.3390/jcm12010035.
3. Sood S, Rimke A, Rankin BD, Abduelmula A, Georgakopoulos JR, Maliyar K, Bagit A, Leung F, Devani AR, Vender R, Yeung J, Prajapati VH. Real-world experience of bimekizumab for plaque psoriasis in adult patients with prior exposure to interleukin-17 inhibitors: A 16-week multicenter retrospective review. *J Am Acad Dermatol.* 2024 Aug 23;50(9):9622(24):02731-2. doi: 10.1016/j.jaad.2024.07.1515.
4. Gordon K, Gisondi P. Poster session presented at: American Academy of Dermatology Meeting. 2024 Mar 7-12; San Diego, CAL.
5. JM Carrascosa, E Vilarrasa, I Belinchón, P Herranz, J Crespo, F Guimerà, A Oliveira. Abordaje común del paciente con psoriasis y riesgo de esteatosis hepática metabólica: recomendaciones de un grupo de expertos multidisciplinar. *Actas Dermo-Sifiligráficas*, Volume 114, Issue 5, 2023, Pages 392-401.
6. Shetty A, Cho W, Alazawi W, Syn WK. Methotrexate Hepatotoxicity and the Impact of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Am J Med Sci.* 2017 Aug;354(2):172-181. doi: 10.1016/j.amjms.2017.03.014.
7. Gomes AL, Teijeiro A, Burén S, Tummala KS, Yilmaz M, Waisman A, Theurillat JP, Perna C, Djouder N. Metabolic Inflammation-Associated IL-17A Causes Non-alcoholic Steatohepatitis and Hepatocellular Carcinoma. *Cancer Cell.* 2016 Jul 11;30(1):161-175.



18. Bimekizumab: un tratamiento innovador para pitiriasis rubra pilaris refractaria.

Este caso presenta el uso exitoso de bimekizumab en el tratamiento de la pitiriasis rubra pilaris, una enfermedad inflamatoria cutánea rara y habitualmente difícil de manejar con tratamientos convencionales. El interés radica en que, hasta la fecha, existen pocos reportes sobre la efectividad de bimekizumab para esta patología, lo que sugiere una alternativa terapéutica innovadora. Este caso podría abrir una nueva línea de tratamiento para pacientes refractarios a terapias previas, mejorando así su calidad de vida y ampliando el arsenal terapéutico disponible para esta enfermedad.

Presentamos el caso de una mujer de 66 años que consultó por lesiones cutánea pruriginosas que comenzaron en el tórax y se extendieron descendentemente al resto del cuerpo. En la exploración física se observaron placas eritemato-descamativas generalizadas con acentuación folicular. Además la paciente presentaba afectación del cuero cabelludo y queratodermia palmo-plantar. Tras realizar una biopsia cutánea en la que se observó una dermatitis crónica perivascular superficial de patrón espongiótico crónico con rasgos psoriasiformes, con focos de paraqueratosis, la paciente fue diagnóstico de pitiriasis rubra pilaris (PRP) tipo I.

Se inició tratamiento con eritromicina 500 mg cada 8 horas y prednisona 30 mg al día. Al cabo de un mes, tras escasa mejoría, se suspendieron los corticoides y se inició acitretina 20 mg al día. La paciente volvió a las dos semanas con afectación de un 85% la superficie corporal, un *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) de 19 y un *Physician Global Assessment* (PGA) de 4. Se decidió suspender la acitretina y se inició tratamiento con bimekizumab, tras consentimiento informado, a dosis aprobadas para el tratamiento de psoriasis en placas (320 mg en la semana 0, 4, 8, 12 y 16 y posteriormente cada 8 semanas). Tras 5 meses de tratamiento la paciente se encontraba muy mejorada de su PRP (BSA=5%, DLQI=2, PGA=1) y ha presentado una buena tolerancia al fármaco, refiriendo únicamente leve astenia.

La vía IL-17 parece jugar un papel en la etiopatogenia de la PRP, por lo que el empleo de un fármaco inhibidor de esta IL como bimekizumab podría ser un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento de la PRP.

Anamnesis

Mujer 66 años

Erupción cutánea pruriginosa de tres semanas de evolución que se inició en el tórax y se extendió al resto del cuerpo de manera descendente



Exploración física

Placas eritemato-descamativas generalizadas con acentuación folicular, con afectación del cuero cabelludo y queratodermia palmo-plantar

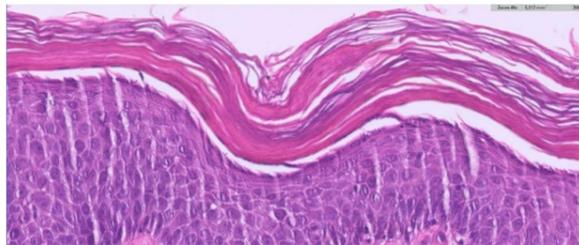


Exploraciones complementarias

Parámetros de laboratorio:
Normales

Serologías (VIH, VHB, VHC):
negativas

Biopsia cutánea: dermatitis
crónica perivascular superficial
de patrón espongiótico crónico
con rasgos psoriasiformes, con
focos de paraqueratosis



Diagnóstico

PITIRIASIS RUBRA PILARIS tipo I



Comentario

- La fisiopatología de la PRP no está completamente elucidada, lo que complica el desarrollo de tratamientos específicos y efectivos.
- La literatura sugiere que la disregulación en la vía IL-23/IL-17 y alteraciones en la función de barrera epidérmica pueden desempeñar un papel en esta patología, compartiendo características con la psoriasis.
- En este contexto, el éxito de agentes biológicos como **bimekizumab**, que **inhibe IL-17A y IL-17F**, es prometedor.
- Si bien hay pocos casos documentados, los resultados en PRP refractaria son alentadores y sugieren que **bimekizumab** podría ser una **opción terapéutica eficaz y segura**.
- Se requiere **más investigación** para establecer directrices sobre la duración óptima del tratamiento y evaluar su efectividad a largo plazo, dado que no existen tratamientos aprobados específicamente para PRP y la enfermedad suele ser autorresolutiva en algunos casos.

Bibliografía

- Zhou T, Al Muqrin A, Abu-Hilal M. Updates on Pityriasis Rubra Pilaris: A Scoping Review. J Cutan Med Surg. 2024;28(2):158-66. <https://doi.org/10.1177/12034754231223159>
- Roenneberg S, Biedermann T. Pityriasis rubra pilaris: algorithms for diagnosis and treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(6):889-98. <https://doi.org/10.1111/jdv.14761>
- Feldmeyer L, Mylonas A, Demaria O, Mennella A, Yawalkar N, Laffitte E, et al. Interleukin 23-Helper T Cell 17 Axis as a Treatment Target for Pityriasis Rubra Pilaris. JAMA Dermatol. 2017;153(4):304-8. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2016.5384>
- Strunek JL, Cutler B, Rajpal B, Kent G, Haynes D, Topham CA, et al. Pityriasis Rubra Pilaris Response to IL-17A Inhibition Is Associated with IL-17C and CCL20 Protein Levels. J Invest Dermatol. 2022;142(1):235-9.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2021.06.009>
- Kromer C, Schon MP, Mossner R. Bimekizumab in refractory pityriasis rubra pilaris. J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(1):102-4. <https://doi.org/10.1111/ddg.15252>
- Rak K, Goebeler M, Kerstan A. Rapid improvement of severe pityriasis rubra pilaris upon treatment with bimekizumab. Int J Dermatol. 2024. <https://doi.org/10.1111/ijd.17207>

Tratamiento

- Inicio:** Eritromicina (500 mg cada 8 horas) y prednisona (30 mg al día).
- 1 mes:** Escasa mejoría. Suspensión de corticoides e inicio acitretina (20 mg al día).
- 2 semanas:** Empeoramiento clínico (BSA 85%, DLQI 19 y PGA 4), suspensión de acitretina, inicio **bimekizumab** (320 mg en la semana 0, 4, 8, 12 y 16, y luego cada 8 semanas).

Evolución

Tras la segunda dosis de bimekizumab, la paciente mostró disminución del eritema, aunque persistían xerosis y tirantez palmo-plantar.

A los 5 meses de tratamiento, la paciente ya no presentaba eritrodermia y la queratodermia había desaparecido casi por completo, con un BSA de 5%, DLQI de 2 y PGA de 1. La tolerancia al fármaco fue buena, y la única reacción adversa reportada fue leve astenia, sin alteraciones analíticas relevantes durante el seguimiento.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



19. Una paradoja inusual resuelta con bimekizumab.

Paciente con agravamiento paradójico de la psoriasis cutánea y debut de artritis psoriásica tras el tratamiento con apremilast y con excelente respuesta a bimekizumab.

Se trata de un paciente con psoriasis cutánea refractaria a terapia tópica y sistémica tradicional con metotrexato que sufre un empeoramiento paradójico de la psoriasis y un debut de artritis psoriásica a las pocas semanas del inicio de apremilast que obliga a su suspensión y a buscar un cambio de familia terapéutica. Se inicia bimekizumab con una espectacular respuesta en ambos dominios y de una forma precoz en la semana 6 de tratamiento, en lo que podríamos calificar de superrespuesta.

Anamnesis

Antecedentes personales

Varón de 39 años
Sin enfermedades previas
Fumador 2-3 cigarrillos/día
Profesión: técnico de mantenimiento aeroespacial

Enfermedad actual

Psoriasis en placas

- Debut hace 10 años controlada aceptablemente con terapia tópica
- Agravamiento tras la pandemia COVID19 que requiere inicio de terapias sistémicas

- Metotrexato 15 mg/s 3 meses suspendido por hipertrigliceridemia
- Apremilast 30 mg/12h 2 meses con agravamiento de la psoriasis y desarrollo de artritis de IFD, entesitis aquilea y dolor lumbosacro a las 2 semanas del inicio



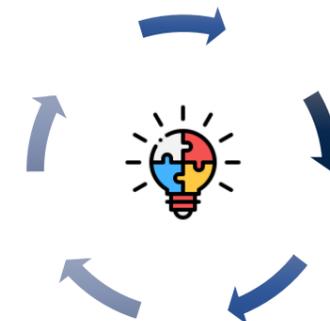
Diagnóstico

Psoriasis cutánea grave

- Afectación de sitios especiales: cuero cabelludo y uñas
- Gran impacto en la calidad de vida del paciente
- Resistente a varias líneas de tratamiento sistémicas
- Empeoramiento paradójico tras el inicio de apremilast

Artritis psoriásica

- Su debut agrava la enfermedad psoriásica del paciente
- Aparece tras el inicio de apremilast
 - ✓ Dificil diferenciar si se trata de una reacción paradójica vs fallo del fármaco en controlar Aps subclínica previa
- La afectación de carpos dificulta el desempeño de su trabajo



Tratamiento

Bimekizumab 160 mg subcutáneo con pauta de inducción:
320 mg mensual 4 meses
320 mg cada 2 meses a partir del 4º mes



Exploración física

PASI 6.6
NAPSI 40
DLQI 15
Prurito 9/10



1) y 5) Afectación palmoplantar. 2) Afectación en placas en rodillas. 3) Eritema en la línea de implantación de cuero cabelludo. 4) Onicosis distal y mancha en aceite de uñas de manos.

Exploraciones complementarias

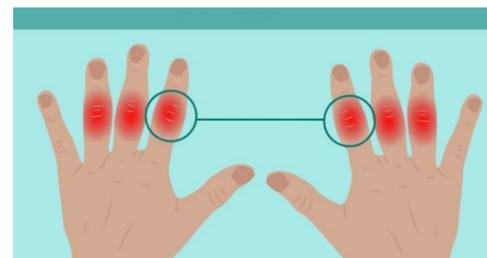
Evaluación reumatológica: APs periférica y axial

NAD 4 NAT 2
BSADAI 77
EVA 70

Hemograma y bioquímica (normal)

Mantoux y radiografía tórax (normal)

Serologías (normal)



Evolución

Semana +6

Aclareamiento cutáneo completo

PASI 0
NAPSI 0
DLQI 2 Prurito 0/10

Mejoría del dominio articular

NAD 1 NAT 0
BSADAI 14
EVA 10



Comentario

Reto terapéutico

Psoriasis cutánea refractaria a varias líneas de tratamiento con empeoramiento paradójico de la misma y debut de enfermedad articular tras el inicio de apremilast (EA no reportado hasta la fecha) que obliga a un cambio de familia terapéutica

Bimekizumab logra controlar el dominio cutáneo y mejorar el articular con una sola dosis, en lo que podríamos encajar como una "superrespuesta"



Bibliografía

1. Munera-Campos M, Balleca F, Carrascosa JM. Paradoxical Reactions to Biologic Therapy in Psoriasis: A Review of the Literature. Actas Dermosifiligr (Engl Ed). 2018 Nov;109(9):791-800. English, Spanish
2. Ruggiero A, Potestio L, Camela E, Fabbrocini G, Megna M. Bimekizumab for the Treatment of Psoriasis: A Review of the Current Knowledge. Psoriasis (Auckl). 2022 Jun 8;12:127-137
3. cInnes IB, Asahina A, Coates LC, Landewé R, Merola JF, Ritchlin CT, Tanaka Y, Gossec L, Gottlieb AB, Warren RB, Ink B, Assudani D, Bajracharya R, Shende V, Coarse J, Mease PJ. Bimekizumab in patients with psoriatic arthritis, naive to biologic treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE OPTIMAL). Lancet. 2023 Jan 7;401(10370):25-37

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



20. Remisión rápida en psoriasis grave y artritis psoriásica refractarias tras tratamiento con bimekizumab.

Este caso ilustra la eficacia de bimekizumab en un paciente con psoriasis en placas grave y artritis psoriásica, refractario a tratamientos convencionales. La respuesta clínica fue rápida y sostenida, alcanzando remisión completa de las lesiones cutáneas y mejoría significativa de los síntomas articulares en un plazo de 16 semanas. Este resultado resalta el potencial de bimekizumab como opción terapéutica avanzada para pacientes con afectación articular y dérmica grave.

Se describe el caso de un paciente con psoriasis grave refractario a terapia sistémica y biológicos que asociaba artropatía psoriásica y respondió favorablemente a bimekizumab. Este caso muestra la eficacia, rapidez y seguridad de este inhibidor IL-17.

Exploración física

Durante la exploración física, se observan placas eritemato-descamativas bien definidas distribuidas en más del 35% de la superficie corporal (BSA). Las áreas afectadas incluyen principalmente el tronco, las extremidades superiores e inferiores, el cuero cabelludo y, en menor medida, la región genital (Fig 1, Fig 2). Las placas son palpablemente calientes y presentan fisuras dolorosas en las zonas de flexión, además de signos inflamatorios con sensibilidad a la palpación. Se realiza una evaluación de la severidad de las lesiones mediante el Índice de Área y Severidad de la Psoriasis (PASI), obteniéndose un valor inicial de 38, lo cual es indicativo de psoriasis grave. Asimismo, el paciente presenta signos de artritis en articulaciones interfalángicas proximales y distales de manos y pies, con inflamación, rigidez matutina de más de 30 minutos y dolor a la palpación en varias articulaciones, lo cual afecta significativamente su movilidad y actividades cotidianas.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Anamnesis

Paciente masculino de 34 años de edad, casado, con ocupación en el área de construcción, sin antecedentes familiares de psoriasis ni enfermedades autoinmunes. Presenta antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y diabetes mellitus tipo 2, controlada con metformina. El paciente reporta aparición de placas eritemato-descamativas en tronco y extremidades desde hace aproximadamente 10 años, caracterizadas por periodos de remisión y exacerbación que han ido aumentando en frecuencia e intensidad en los últimos cinco años. En los últimos tres meses, las lesiones han empeorado progresivamente, limitando sus actividades cotidianas debido al dolor y prurito intensos. El paciente ha recibido múltiples tratamientos previos, incluyendo ciclosporina, metotrexato, y posteriormente adalimumab; sin embargo, ninguno logró una remisión sostenida de las lesiones.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Exploración física



Figura 1. Placas eritematosas bien delimitadas e hiperqueratósicas con afectación de tronco y miembros superiores.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Exploración física



Figura 2. Hiperqueratosis palmar asociado a fisuración. Placas eritemato-descamativas extensas en ambos antebrazos.

Exploraciones complementarias

Para una evaluación integral, se solicitaron análisis de laboratorio, incluyendo hemograma completo, perfil hepático y renal, marcadores inflamatorios (proteína C reactiva - PCR, velocidad de sedimentación globular - VSG) y pruebas inmunológicas específicas. Los resultados de los análisis mostraron un hemograma dentro de los valores normales, aunque se observó una PCR elevada (23 mg/L) y VSG aumentada (45 mm/h), indicadores de inflamación activa. Se realizó serología de hepatitis B, hepatitis C, sífilis, VIH y QT-feron que fueron normales. Además, se realizaron estudios de imagen para evaluar la afectación articular, revelando signos de erosión ósea y proliferación ósea en las falanges distales de las manos y pies, consistentes con artritis psoriásica.

Evolución

A las cuatro semanas del inicio del tratamiento con bimekizumab, el paciente mostró una mejoría significativa en las lesiones cutáneas, con una reducción de PASI de 38 a 9 (Fig 3). A las 12 semanas, el PASI fue de 2, alcanzando una respuesta PASI 90 A las 16 semanas, se logró remisión completa con un PASI de 0. La respuesta al tratamiento se ha mantenido en revisiones posteriores y actualmente, 6 meses después, sin recidiva de las lesiones y sin eventos adversos. La afectación articular también presentó una mejoría destacada, con disminución del dolor y aumento del rango de movimiento, lo cual permitió al paciente retomar sus actividades laborales sin molestias. La monitorización continua mostró niveles normales en los marcadores inflamatorios y una mejoría sostenida en la calidad de vida, destacada por el índice Dermatology Life Quality Index (DLQI) que pasó de 21 a 1.

Evolución



Figura 3. Placas eritematosas en región posterior de piernas y gemelos. Hipopigmentación en zona lumbar y eritema en antebrazos.

Diagnóstico

Psoriasis en placas grave, clasificada con PASI 38, acompañada de afectación articular, diagnosticada como artritis psoriásica, en un contexto de refractariedad a tratamientos previos, incluyendo inmunosupresores y agentes biológicos.

Tratamiento

Dada la extensión de las lesiones y la afectación articular tan marcada, se optó por iniciar tratamiento con bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe tanto IL-17A como IL-17F, con el objetivo de bloquear vías inflamatorias críticas en la patogénesis de la psoriasis y de la artritis psoriásica. El tratamiento se administró en una dosis de inducción de 320 mg cada cuatro semanas durante las primeras 16 semanas, seguido de un esquema de mantenimiento cada ocho semanas. Durante la terapia se enfatizó la importancia de mantener controlados los factores de riesgo cardiovascular del paciente, además de un monitoreo regular de función hepática y renal debido a la potencial hepatotoxicidad de algunos tratamientos concomitantes y antecedentes médicos del paciente.

Comentario

Este caso evidencia el impacto positivo de bimekizumab en psoriasis en placas grave y artritis psoriásica, refractaria a múltiples terapias previas, incluyendo inmunosupresores y biológicos convencionales como adalimumab (1). La inhibición dual de IL-17A e IL-17F con bimekizumab es especialmente eficaz en reducir la inflamación dérmica y articular, logrando respuesta rápida y sostenida que se refleja en la disminución del PASI desde 38 a 0 en 16 Semanas (2). Estudios recientes han demostrado que bimekizumab ofrece una remisión más rápida y duradera en comparación con otros biológicos dirigidos solo a IL-17A, permitiendo así una mejoría clínica significativa en pacientes con afectación articular activa (3). Además, el control de los biomarcadores inflamatorios en este caso subraya el potencial del tratamiento para reducir la inflamación sistémica en psoriasis severa, una condición con gran impacto en la calidad de vida del paciente (4,5).

Bibliografía

1. Gordon KB, Armstrong AW, Han C, Foley P, Song M, Shen YK, et al. Efficacy of bimekizumab in moderate to severe plaque psoriasis. *Lancet*. 2021;397:354-66.
2. Reich K, Warren RB, Lebwohl M, Gooderham M, Strober B, Langley RG, et al. Dual neutralization of IL-17A and IL-17F in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2020;183:1038-49.
3. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2019;21:35-41.
4. Papp KA, Blauvelt A, Bukhalo M, Gooderham M, Krueger GG, Lacour JP, et al. Long-term efficacy of IL-17A inhibition in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86:121-34.
5. Glatt S, Helmer E, Haier B, Liu H, Dick V, Meller S, et al. Impact of bimekizumab on IL-17 pathways. *J Clin Invest*. 2021;131.

21. ¿Es posible acertar con el tratamiento de la psoriasis en localizaciones difíciles?

Hemos decidido presentar este caso por la dificultad que existe en práctica clínica habitual en el tratamiento de la psoriasis en localizaciones especiales, poniendo el foco en la psoriasis palmoplantar. Esta última produce un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes a expensas de dolor e impotencia funcional. Actualmente, no existe un tratamiento de referencia que haya demostrado resultados satisfactorios. Creemos que los buenos resultados obtenidos de forma rápida y sostenida en nuestro caso podrán ayudar a otros clínicos en la toma de decisiones terapéuticas.

Mujer de 67 años con psoriasis en placas de debut a los 63 años y afectación de localizaciones especiales (cuero cabelludo, palmas y plantas, invertida, incluyendo genitales, y ungueal). Realizó tratamiento con acitretino, risankizumab (mejoría de todas las localizaciones a los 3 meses, menos palmoplantar y genital), talz (suspendido a los 2 meses por ineficacia palmoplantar y genital). Ante la ausencia de mejoría (PPPGA de 3 en plantas y de 2 en manos) e importante impotencia funcional, se decidió iniciar bimekizumab en pauta estándar para psoriasis en placas. Se objetivó mejoría al mes (PPPGA de 2 en plantas y de 1 en manos), logrando la mejor respuesta a los 8 meses de seguimiento (PPPGA de 1 en plantas y de 0 en manos). No se registraron eventos adversos.

Anamnesis

Mujer de 67 años, hipertensa y dislipémica, con psoriasis en placas de debut a los 63 años y afectación de localizaciones especiales (cuero cabelludo, palmas y plantas, invertida, incluyendo genitales, y ungueal).

Tras fracaso de los tratamientos tópicos, empleó: acitretino, risankizumab (mejoría de todas las localizaciones a los 3 meses, menos palmoplantar y genital), talz (suspendido a los 2 meses por ineficacia palmoplantar y genital).

Diagnóstico

Psoriasis palmoplantar.

Tratamiento

Se decidió iniciar bimekizumab en pauta estándar para psoriasis en placas (320 mg mensualmente durante las primeras 16 semanas, siendo bimensual posteriormente).

Evolución

Al mes de tratamiento, se obtuvo un PPPGA de 2 en plantas y de 1 en manos. A los 8 meses, el PPPGA plantar fue de 1 (Fig. 3) y, el palmar, de 0 (Fig. 4). No se produjeron efectos secundarios. La paciente ya no presenta dolor ni impotencia funcional.



Fig. 3. Hiperqueratosis plantar leve, más marcada en zonas de apoyo, sin fisuración.



Fig. 4. Sin lesiones cutáneas en palmas.

Exploración física

En el momento de iniciar bimekizumab, la paciente presentaba solo afectación palmoplantar con un PPPP Physician Global Assessment (PPPGA) de 3 en plantas (Fig. 1) y de 2 (Fig. 2) en manos.



Fig. 1. Hiperqueratosis plantar difusa moderada con mínima fisuración.



Fig. 2. Hiperqueratosis palmar leve, más intensa en eminencia hipotenar, sin fisuración.

Exploraciones complementarias

Se realizaron pruebas epicutáneas (true test) para despistar una dermatitis alérgica de contacto que estuviese agravando la psoriasis palmoplantar.

Se realizó un estudio analítico básico, un estudio serológico para hepatitis B y C, VIH y sífilis, así como Mantoux y radiografía de tórax, y se comprobó un correcto estado vacunal, previo al inicio de los tratamientos biológicos. Se realizaron controles con analítica básica y sedimento de orina (al menos bimensual).

Comentario

La psoriasis en placas (PP) en localizaciones difíciles es un reto terapéutico con importante impacto sobre la calidad de vida. Los tratamientos para la psoriasis palmoplantar (PPP) son insatisfactorios, quizás porque haya varias vías de señalización activadas simultáneamente. Los agentes biológicos empleados, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, la IL12, la IL17A y la IL23, son capaces de mejorar la enfermedad en alrededor de 1/3 de los pacientes.

Bimekizumab es un inhibidor dual de las IL17A y 17F con potencial utilidad por el efecto sinérgico entre la IL-17 y la 36 en su fisiopatología. A pesar de sus buenos resultados en PP, los datos en práctica clínica habitual para PPP son escasos. Bimekizumab empleado en práctica clínica para el tratamiento de la PPP muestra una mejoría clínica rápida y sostenida con buen perfil de seguridad a corto plazo, pese a ser pacientes con otras áreas de psoriasis difíciles de tratar y refractarios a otros tratamientos biológicos.

Bibliografía

- Passeron T, Perrot JL, Jullien D, Goujon C, Ruer M, Boyé T, Villani AP, Quiles Tsimaratos N. Treatment of Severe Palmoplantar Pustular Psoriasis With Bimekizumab. JAMA Dermatol. 2024 Feb 1;160(2):199-203. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.5051.
- Huang IH, Wu PC, Chiu HY, Huang YH. Small-Molecule Inhibitors and Biologics for Palmoplantar Psoriasis and Palmoplantar Pustulosis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Am J Clin Dermatol. 2024 May;25(3):347-358. doi: 10.1007/s40257-024-00849-0. Epub 2024 Mar 4.
- Spencer RK, Jin JQ, Elhage KG, Davis MS, Hakimi M, Bhutani T, Liao W. Comparative efficacy of biologics and oral agents in palmoplantar psoriasis and palmoplantar pustulosis: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials. J Am Acad Dermatol. 2023 Aug;89(2):423-425. doi: 10.1016/j.jaad.2023.04.043. Epub 2023 Apr 29.



22. Misión rescate: previniendo potenciales efectos adversos.

Manejo profiláctico de la infección candidiásica recurrente en pacientes con tratamiento anti-IL17 y ausencia de respuesta a anti-IL23.

El uso de fármacos anti-IL-17 en pacientes con psoriasis se ha vinculado a un aumento en la incidencia de candidiasis oral, siendo estos efectos adversos mayoritariamente leves o moderados.

Presentamos el caso de un hombre de 63 años, diabético tipo II, con diagnóstico de psoriasis a los 18 años con mal control de la enfermedad. El paciente había recibido múltiples terapias biológicas, desarrollando efectos adversos con varios inhibidores de IL-17: liquen plano oral y candidiasis con secukinumab, hepatitis con ixekizumab, y candidiasis oral y esofágica junto a pérdida de respuesta terapéutica con brodalumab. Además, mostró respuestas insuficientes a los inhibidores de IL-23 (guselkumab y risankizumab). Tras el fracaso con estos últimos, se decidió iniciar tratamiento con bimekizumab, un inhibidor dual de IL-17A/F, acompañado de profilaxis antifúngica oral (fluconazol 150 mg semanal en dosis única) debido a los antecedentes de infecciones candidiásicas recurrentes. El paciente presentó una respuesta rápida y sostenida durante los 16 meses de seguimiento y no ha presentado nuevas infecciones.

El manejo de pacientes con fallo a múltiples tratamientos biológicos es un desafío frecuente en la práctica clínica habitual. En nuestro caso, dado que el paciente había agotado la mayoría de las opciones biológicas aprobadas y había mostrado una respuesta más favorable a los inhibidores de IL-17, se optó por iniciar tratamiento con bimekizumab. Este fármaco ha demostrado una mayor eficacia en comparación con otros anti-IL-17 en ensayos clínicos aunque con un riesgo superior de infecciones por cándida. La implementación de profilaxis antifúngica vía oral semanal puede facilitar su uso seguro en pacientes con antecedentes de candidiasis. Esta estrategia ha demostrado reducir significativamente la incidencia de candidiasis en pacientes inmunocomprometidos, con un bajo riesgo de desarrollo de resistencias, y puede ofrecer un beneficio similar en pacientes tratados con inhibidores de IL-17.

Anamnesis

Hombre de 63 años

Psoriasis en placas desde los 18 años
• Brotes de psoriasis eritrodérmica

No antecedentes familiares de psoriasis

Comorbilidades

Diabetes mellitus tipo 2 insulinodependiente desde 2005.
Dislipemia
Obesidad
TBC latente diagnosticada en 2006 y tratada profilácticamente con isoniazida
Esteatosis hepática diagnosticada en 2010
Pancreatitis crónica y pancreatitis alcohólica en 2015
Insuficiencia renal crónica G3A

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Historia dermatológica

Tratamientos recibidos (2005-2015)

Durante el curso de la enfermedad el paciente había recibido múltiples tratamientos sistémicos para su enfermedad con control subóptimo.

Tratamientos sistémicos clásicos

- Neotigason: Aumento transaminasas, no eficaz.
- PUVA (2 años): escasa eficacia.
- Ciclosporina (5 meses). Insuficiente eficacia.

Tratamientos biológicos

- **Infliximab:** fecha inicio el 13/12/06 eficacia inicial, intensificado 5mg/kg/6 sem con PASI alrededor de 7 en 19ª infusión y intensificado a 7mg/kg/6 semanas 2 infusiones posteriormente con **eficacia parcial y progresiva pérdida de la misma.**
- **Ustekinumab:** fecha inicio 15/12/2009. **Falta de eficacia primaria.**
- **Adalimumab:** fecha inicio 5/5/10. Duración de tratamiento 7 meses. **Eficacia parcial.** Alcanza PASI 50 a 5 meses, rebrote en visita de los 7 meses. Hipertansaminasemia.

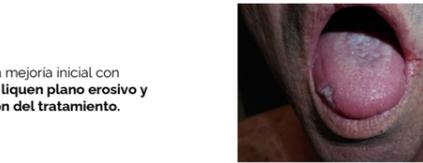
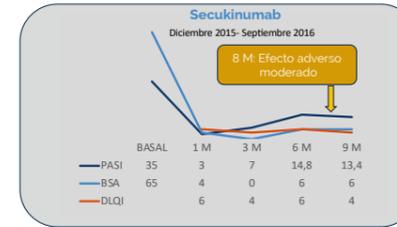
RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Historia dermatológica

Tratamientos biológicos

Tras el inicio de **SECUKINUMAB (anti-IL17)** logramos una rápida mejoría inicial con **pérdida de eficacia posterior.** Además el paciente presentó un **liquen plano erosivo y candidiasis oral** que se atribuyó al fármaco y motivó la **suspensión del tratamiento.**



Liquen erosivo asociado a uso de secukinumab

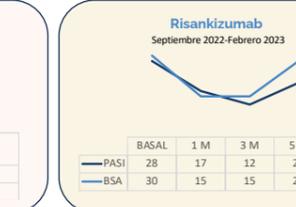
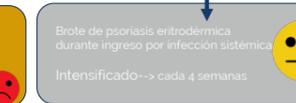
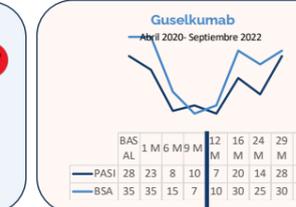
RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Historia dermatológica

Durante el seguimiento la enfermedad del paciente recibió secuencialmente **otros 3 tratamientos biológicos con una respuesta variable.**

Tratamientos biológicos



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Historia dermatológica

Tratamientos biológicos

IXEKIZUMAB (anti-IL17) permitió una rápida mejoría que **se mantuvo durante los 16 meses de tratamiento.**



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Historia dermatológica

Problema actual

Acude en febrero 2023 a revisión programada en semana 20 de tratamiento con risankizumab, refiriendo **brote de extenso** de psoriasis y prurito (7/10).

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

En la exploración física objetivamos un brote extenso de psoriasis con placas eritemato-descamativas confluentes en tronco, miembros superiores e inferiores ocupando un 30 % de la superficie corporal (figura 1). El PASI fue de 21.



Figura 1. Placas eritemato-descamativas salpicadas en abdomen (a) y confluentes en cara posterior de brazos y tronco (b).

Exploraciones complementarias

Como exploraciones complementarias previas al inicio de tratamiento realizamos:

Análítica Básica

Hemograma: Sin alteraciones
 Bioquímica general:
 Glucosa 205
 Creatinina: 1.63
 Filtrado glomerular estimado: 44.16
 GOT: 22
 GPT: 14
 GGT: 45
 Ácido úrico: 7.4
 Colesterol total: 207
 Hemoglobina glicada (HbA1c): 6,5%

Serologías

VHB, VHC: negativa
 VIH: negativa

Pruebas de imagen

Ecografía digestiva alta: Criterios sugestivos de pancreatitis crónica.
 Ecografía abdominal: Esteatosis hepática grado I.
 Colonoscopia: Poliposis serrada

Tratamiento

Dadas las comorbilidades del paciente y su mejor respuesta a tratamiento con anti-IL17 decidimos iniciar tratamiento con **BIMEKIZUMAB** según ficha técnica

- Además, **añadimos tratamiento profiláctico de infección candidiásica:**
 - Fluconazol 150 mg, 1 comprimido semanal
 - Mycostatin enjuague bucal

Evolución

El paciente experimentó una **respuesta rápida y sostenida**, alcanzado PASI<1 en semana 16 (mes 4) y **PASI 0 en semana 24 (mes 6)**. **No se notificaron nuevos episodios de infección candidiásica**. Esta mejora se acompañó de una mejoría de la calidad de vida y el prurito. La evolución detallada tanto del PASI como del BSA durante todo el seguimiento del paciente se muestran en la figura 2.



Figura 2. Evolución PASI absoluto y BSA hasta el mes 16 de tratamiento.

Diagnóstico

Psoriasis en placas sin artropatía psoriásica

- Fallo a secundario a brodalumab, guselkumab, infliximab y adalimumab
- Fallo primario a risankizumab y ustekinumab
- Efectos adversos graves en relación con anti-IL17A
- Candidiasis oral y esofágica asociada anti17A y antiIL17R

Tratamiento

Como opciones de tratamiento nos planteamos dos posibles estrategias:

Mantener IL23

¿Intensificación?
 ¿Añadir tratamiento con anti-TNF o iJAK?



Iniciar anti-IL17
 +
 Tratamiento profiláctico candidiasis

Evolución

Tras 16 meses (semana 64) de tratamiento el paciente se mantiene completamente aclarado (figura 3).



Figura 3. Aclaramiento completo de las placas de psoriasis en tronco anterior (A) y posterior (B) en el mes 16 de tratamiento.

Comentario

Para la elección del fármaco biológico en este caso tuvimos en cuenta la respuesta previa a antiIL17 y anti IL23

Tratamiento con anti IL-23
 Control subóptimo y pérdida de eficacia secundaria



- Guselkumab (intensificado cada 3-4 semanas)
- Risankizumab (eficacia parcial/fallo primario)

Tratamiento con anti IL-17
 Infecciones por candida y buen control de la enfermedad

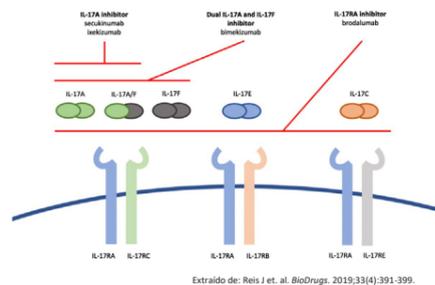


- Secukinumab: liquen plano erosivo y candidiasis oral
- Ixekizumab: hepatitis y pérdida de eficacia secundaria
- Brodalumab: Candidiasis esofágica. Buena respuesta inicial con pérdida de eficacia secundaria

Comentario

¿Por qué elegimos Bimekizumab?

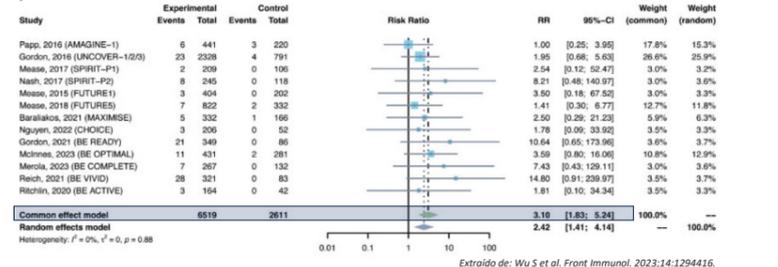
- Mayor respuesta de nuestro paciente con anti-IL17
- Paciente con múltiples comorbilidades → Mayor riesgo al añadir un segundo tratamiento sistémico
- Inhibición dual IL17A/F → Mayor eficacia frente a otros tratamientos biológicos según ensayos clínicos
 - Ustekinumab (BEVIVID) y secukinumab (BERADIANT)



Comentario

¿Es asumible el aumento de riesgo de infección por *Candida*?

Candidiasis y anti-IL17



En los ensayos clínicos, el riesgo relativo (RR) global de infección por *Candida* en pacientes tratados con anti-IL-17 fue de **3.10** (IC 95%: 1.83-5.24)

Comentario

Manejo del riesgo de infección por *Candida*

- Estrategia**

Tratamiento medico

 - Fluconazol 150 mg semanal
 - Mycostatin enjuagues diarios
 - Brentan crema 1 aplicación al día *si lesiones cutáneas en pliegues*

Educación y colaboración del paciente

Identificación de las lesiones y síntomas iniciales

Realización correcta el tratamiento en domicilio

Importancia del control de la enfermedad diabética



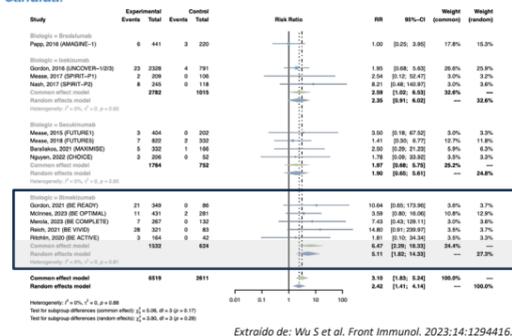
El manejo profiláctico de las infecciones por *Candida* podría mitigar el aumento del riesgo de candidiasis asociado al uso de este fármaco.

Comentario

¿Es asumible el aumento de riesgo de infección por *Candida*?

Candidiasis y anti-IL17

- Bimekizumab:
- Incremento del riesgo de infección por candida en ensayos clínicos (RR = 6.47, IC 95%: 2.29-18.33)
 - Mayor riesgo relativo que con otros tratamientos biológicos



Comentario

¿Es asumible el aumento de riesgo de infección por *Candida*?

Aunque el riesgo de infección por *Candida* es superior en pacientes tratados con **bimekizumab** (anti-IL-17A/F), en nuestro caso este fármaco ha permitido un control óptimo de la psoriasis en un paciente con múltiples comorbilidades y fallo previo a más de cinco tratamientos biológicos.

Efectividad

PASI 0 - 1

- Desde semana 16 y mantenido durante >12 meses de seguimiento

Seguridad

No empeoramiento de efectos adversos observados con otros anti-IL17

23. Y ahora, ¿qué tratamiento podemos escoger?

Se reflexionan sobre las distintas opciones terapéuticas aprobadas para la psoriasis grave pediátrica y se plantea una posible solución para el reto que supone esta población especial.

Se describe el caso de una psoriasis en placas grave en etapa pediátrica con fallo secundario a terapia sistémica y biológica con anti-TNF alfa.

Se reflexiona sobre terapias de segunda línea en psoriasis grave en una población especial.

Anamnesis

Antecedentes Personales

Adolescente de 13 años sin antecedentes personales de interés

Historia Clínica

Lesiones cutáneas pruriginosas de 12 meses de evolución que relacionaba con faringitis estreptocócica de repetición

Tratada desde atención primaria con corticosteroides tópicos de media y alta potencia, así como calcitriol.

Diagnóstico

Diagnóstico Clínico

El diagnóstico clínico tras la anamnesis y exploración física fue de psoriasis en placas grave.

La gravedad fue también grave para la paciente y sus cuidadores en cuanto a la afectación de su cuidado de piel, salud y calidad de vida.

Tratamiento

Primer Tratamiento: inicio de terapia sistémica

Se decidió metotrexato 10 mg y suplementado con ácido fólico, ambos en pauta semanal.

Exploración física

Descripción

Placas eritemato-descamativas con afectación facial, troncular y de extremidades.
Afectación de pliegues y áreas de extensión (Figura 1).
Afectación de áreas especiales (afectación de uñas, genitales y cuero cabelludo)

Escalas

Psoriasis Area Severity Index (PASI): 10 puntos
Cuestionario Sobre la Calidad de Vida (DLQI): 15 puntos
Cuestionario para el Cribado de Artritis Psoriásica (PURE-4): 0 puntos.



Figura 1

Exploraciones complementarias

Analítica sanguínea

Se realizó una analítica para estudio pre-sistémico

No se encontraron hallazgos ni alteraciones de interés en el hemograma, bioquímica, serologías, quantiferon gold o pruebas especiales

Evolución

Fallo Primario a Metotrexate

Tras 12 semanas de tratamiento con metotrexato, la paciente persistió con placas de psoriasis con una gravedad y afectación en la calidad de vida graves (PASI 16 y DLQI 12).

Se decidió entonces el cambio del sistémico a un fármaco biológico.

Inicio precoz de terapia biológica

Se eligió Adalimumab Biosimilar (ADA-B) pues es el biológico de primera elección en nuestro protocolo hospitalario cuando no existe contraindicación para Anti-TNF alfa u otras individualidades. Se inició entonces la administración de ADA-B según ficha técnica para población pediátrica con la indicación de psoriasis en placas grave (dosis inicial de 40 mg, seguida de 40 mg administrados en semanas alternas empezando una semana después de la dosis inicial).

Evolución

Fallo Primario a ADA.B

Tras 12 semanas de tratamiento con ADA-B, la paciente permaneció con placas de psoriasis con intensidad grave y con una importante afectación en la calidad de vida (PASI 12 y DLQI 14).

Las placas persistían predominantemente en tronco y extremidades, pero también afectaban a áreas de cabeza y cuello (Figura 2).



Figura 2

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

Switch a IL-17

Se decidió entonces iniciar Ixekizumab según ficha técnica para población pediátrica con la indicación de psoriasis en placas grave (160 mg en dosis de inicio y 80 mg cada 4 semanas a partir de entonces).

Tras 12 semanas de tratamiento con Ixekizumab, la paciente presentó una respuesta y aclaramiento completos de la enfermedad, con un PASI y DLQI absolutos de 0 puntos (Figura 3).



Figura 3

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Comentario

Qué nos dice la Literatura

La psoriasis pediátrica es un reto terapéutico para el dermatólogo (1) donde los únicos tratamientos sistémicos aprobados son biológicos: Adalimumab, Etanercept, Secukinumab, Ustekinumab e Ixekizumab (IXE). Por tanto, el inicio de la terapia biológica debe ser precoz en los casos graves (2).

IXE es un anti-IL17A indicado en psoriasis infantil grave con buenos resultados en eficacia y seguridad (3). Un meta-análisis (4) destaca la superioridad de los anti-IL17 y anti-IL23 frente a otras terapias sistémicas y biológicas.

Específicamente, se determina que Bimekizumab, IXE y Risankizumab son los fármacos más efectivos en alcanzar PASI 90. No se encuentran diferencias en cuanto a la seguridad entre los tratamientos y el placebo.

Opinión de los Autores y Lección del Caso Clínico

Defendemos el empleo de IXE frente a otros sistémicos cuando nos enfrentamos a una psoriasis infantil grave tras fallo primario a Adalimumab.

Elo es justificado, pues IXE se encuentra indicado en la psoriasis infantil grave y además presenta datos de eficacia superiores a otros biológicos aprobados tanto con datos directos (Etanercept) (3) como indirectos (Secukinumab y Ustekinumab) (4) y con una seguridad similar al resto de terapias (4).

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



24. Paso a paso, de la mano, mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

Este trabajo tiene un interés científico para los dermatólogos porque presentamos un caso complejo de psoriasis pustulosa palmo plantar grave, resistente a múltiples líneas de tratamiento oral, tanto sistémicos como biológicos, con una excelente respuesta a bimekizumab. Por lo tanto, proponemos una opción terapéutica rápida, eficiente y segura para los casos más severos de psoriasis pustulosa de localización palmo plantar, con una gran mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, con un cuadro de psoriasis pustulosa palmo plantar muy severa, resistente a múltiples tratamientos sistémicos, destacando: acitretino, metotrexato, apremilast, adalimumab y secukinumab.

Se decide iniciar el tratamiento con bimekizumab y la paciente, 3 meses después, había presentado una respuesta excelente con una resolución casi completa de las lesiones. Esta respuesta se mantiene 18 meses después con un PASI 0.

Anamnesis

Presentamos el caso de una **mujer de 67 años**, sin antecedentes personales de interés, que presenta desde hace años lesiones en palmas y plantas, dolorosas, que afectan a su calidad de vida.

*No presenta antecedentes familiares de psoriasis.
*No presenta dolor articular.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Bibliografía

1. Vicente A, Pérez-Ferríols A, Batalla A, García-Fernández L, Pérez B, Eiris N, et al. Documento de consenso del Grupo Español de Psoriasis (GPS) y del grupo Español de Dermatología Pediátrica (GEDP) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) sobre el manejo de la psoriasis pediátrica. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2024;S0001731024005970.

2. Carrascosa JM, Puig L, Romero JB, Salgado-Boquete L, del Alcázar E, Lencina JJA, et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 2 «Manejo de poblaciones especiales, pacientes con comorbilidad y gestión del riesgo». Actas Dermosifiliogr. 2022;113:583-609.

3. Paller AS, Seyger MMB, Alejandro Magariños G, Bagel J, Pinter A, Cather J, et al. Efficacy and safety of Ixekizumab in a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study in paediatric patients with moderate-to-severe plaque psoriasis (IXORA-PEDS). Br J Dermatol. 2020;183:231-4.

4. Sbidian E, Chaimani A, Garcia-Doval I, Doney L, Dressler C, Hua C, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022;2022.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Exploración física

La paciente presentaba a nivel de palmas, y especialmente en **plantas de ambos pies, múltiples pústulas y erosiones, junto con placas eritematodescamativas** muy hiperqueratósicas.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Exploraciones complementarias

ANALÍTICA SANGUÍNEA

- Hemograma ✓
- Coagulación ✓
- Reactantes de fase aguda VSG, PCR, Ferritina ✓
- Función hepática y renal ✓
- Serologías VHB, VHC, VIH, Sífilis ✓

MANTOUX ✓

RX DE TÓRAX ✓

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



Diagnóstico

PSORIASIS PUSTULOSA PALMO-PLANTAR

Tratamiento

- ❌ **ACITRETINO 25 mg** Durante 1 año, buena respuesta inicial pero pérdida posterior de respuesta con mala tolerancia
- ❌ **METOTREXATO 15 mg** Durante 6 meses, respuesta parcial pero importante elevación de transaminasas
- ❌ **APREMILAST** Durante 7 meses, respuesta parcial y posterior pérdida completa de eficacia
- ❌ **ADALIMUMAB** Durante 6 meses, respuesta parcial
- ❌ **SECUKINUMAB** Durante 4 meses, empeoramiento de las lesiones a nivel palmo plantar y aparición de lesiones psoriasiformes descamativas en miembros inferiores

Bibliografía

- Misiak-Galazka M, et al. Palmoplantar Pustulosis: Recent Advances in Etiopathogenesis and Emerging Treatments. Am J Clin Dermatol. 2020 Jun;21(3):355-370.
- Bimekizumab SmPC. Bimzelx | European Medicines Agency (europa.eu). [Bimzelx, INN-bimekizumab \(europa.eu\)](#) Accessed 7-Jan-2024.
- Oliver R, et al. Bimekizumab for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis: efficacy, safety, pharmacokinetics, pharmacodynamics and transcriptomics from a phase IIa, randomized, double-blind multicentre study. Br J Dermatol. 2022 Apr;186(4):652-663.
- Thaçi D, et al. Safety and efficacy of bimekizumab through 2 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: longer-term results from the BE SURE randomized controlled trial and the open-label extension from the BE BRIGHT trial. Br J Dermatol. 2023 Jan 23;188(1):22-31. 5. Passeron T, et al. Treatment of Severe Palmoplantar Pustular Psoriasis With Bimekizumab. JAMA Dermatol. 2023 Dec 6:e235051.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución

- Se inició el tratamiento con **BIMEKIZUMAB**
- **3 meses** tras el inicio → **PASI 0**
- Único efecto secundario → **candidiasis oral leve** con buena respuesta a fluconazol oral



13 meses después del inicio de bimekizumab manteniendo dosis de 320 mg cada 8 semanas, continúa con un PASI 0

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Comentario

Presentamos el caso de una **mujer de 67 años**, con un cuadro de **psoriasis pustulosa palmo plantar** muy severa, resistente a múltiples tratamientos sistémicos, destacando: acitretino, metotrexato, apremilast, adalimumab y secukinumab. Se decide iniciar el tratamiento con **bimekizumab** y la paciente, **3 meses después**, presentó una **respuesta excelente** con una resolución casi completa de las lesiones. **Esta respuesta se mantuvo 18 meses tras el inicio del tratamiento**. El único efecto secundario fue una candidiasis oral leve.

Concluimos que **Bimekizumab** parece una opción **rápida y eficaz** en **pustulosis palmo-plantar**, con una **respuesta mantenida** a lo largo del tiempo, presentando además **escasos y leves efectos secundarios**, mostrando un buen control de la enfermedad y buena tolerabilidad en práctica clínica real.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



25. Cuando trabajas con tus manos y el tratamiento se vuelve en tu contra.

Reporte de caso: respuesta rápida a tratamiento con bimekizumab.

Paciente masculino de 44 años de edad, profesor de cocina, en tratamiento con adalimumab por psoriasis en placas, desde 6 meses previos a la consulta. Quien refiere aparición de nuevas placas eritematoinfiltradas muy dolorosas que le impiden llevar a cabo su trabajo, planteándose como orientación diagnóstica. Reacción paradójica por Anti-TNF, por lo que se cambia tratamiento a inhibidor de IL-17A y IL-17F (bimekizumab), observándose mejoría rápida de las lesiones tras las 48 horas de la primera dosis y respuesta mantenida a la semana 16.

Anamnesis

Consulta 8/07/2024

Masculino 44 años

Psoriasis en placas desde los 25 años

Ocupación :Profesor de cocina

Tratamientos recibidos: tópicos, Acitretina y Metotrexato sin mejoría

Tratamiento actual: Adalimumab desde enero 2024, visita previa hace 2 meses sin lesiones en piel

Ultima dosis hace 15 días

Refiere aparición de nuevas lesiones en ambas manos y codos, de 1 semana de evolución

Las lesiones eran dolorosas

Y con borde infiltrado y descamativo

Diagnóstico

Psoriasis Paradójica inducida por AntiTNF
vs Psoriasis rupioide

Sobreinfección micótica descartada

Tratamiento

Se suspendió Adalimumab

Se inicio Bimekizumab 320 mg

Semana 0,4,8,12 y 16

Y luego cada 8 semanas



Figura 2. Semana 0. (48 horas posteriores a 1era dosis Bimekizumab)

Exploración física

Placas eritematoinfiltradas descamativas de bordes bien definidos, con descamación perilesional

Localizadas en dorso de ambas manos y codos

El paciente refiere dolor e incapacidad funcional para realizar sus labores cotidianas



Figura 1. Consulta 8/07/2024

Exploraciones complementarias

Examen directo microscópico con KOH
y cultivo de hongos negativo

Hemograma, perfil hepático, lipídico sin alteraciones

Serología Hepatitis B, Sífilis y VIH Negativas

Evolución

El paciente refiere mejoría parcial de las lesiones a las 48 horas de inicio del tratamiento.

Con desaparición del dolor y la descamación a nivel de las placas a partir de la 2da semana

La mejoría total de las lesiones de piel se mantiene hasta la actualidad



Figura 3 Semana 4 de tratamiento con Bimekizumab

Comentario

La psoriasis paradójica es una reacción infrecuente a inhibidores de TNF tales como Adalimumab que puede provocar nuevas lesiones o agravar las existentes.

En este caso el cambio a Bimekizumab (inhibidor dual de IL-17A e IL-17F, permitió una rápida mejoría, tras la administración de la primera dosis, destacando su eficacia en psoriasis paradójica y la importancia de personalizar el tratamiento en estos casos.



Figura 4. 30/10/2024. Semana 16 de tratamiento con Bimekizumab

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Bibliografía

M. Munera-Campos et al.: Reacciones paradójicas de los tratamientos biológicos utilizados en psoriasis: revisión de la literatura, Actas Dermo-Sifiligráficas, Volume 109, Issue 9, 2018, Pages 791-800, ISSN 0001 7310, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.04.003>.

M Thapar et al. Bimekizumab for the treatment of psoriasis. Immunotherapy. 2024 Apr;16(7):431-446. doi: 10.2217/imt-2023-0240.

Olteanu R, Zota A. Paradoxical reactions induced by tumor necrosis factor-alpha antagonists: A literature review based on 46 cases. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2016;82:7-12.

M Sin-Soler et al. Immune-Mediated Skin Reactions to Tumor Necrosis α Inhibitors: A Review of 30 Cases. Actas Dermosifilogr. 2024 Jan;115(1):21-27. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2023.06.016. Epub 2023 Jul 10. PMID: 37437689.

L. Montolio et al. Psoriasis Induced by Biological Therapy. Reumatol Clín (Engl Ed). 2020 Mar 4;S1699-258X(20)30019-X. English, Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2019.12.005. Epub ahead of print. PMID: 32146077.

L. Puig. Paradoxical reactions: Anti-tumor necrosis factor alpha agents, ustekinumab, secukinumab ixekizumab, and others. Curr Probl Dermatol., 53 (2018), pp. 49-63.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



26. Objetivo: dar en la diana cutánea y articular.

Psoriasis en placas y artritis psoriásica, en paciente complejo por fallo secundario cutáneo y articular previo a fármacos anti-IL17.

Varón de 38 años con psoriasis y artritis psoriásica de más de 20 años de evolución, con fallo secundario articular a secukinumab, con posterior fallo secundario articular y cutáneo al mismo, tras discontinuación y cambio de biológico a ixekizumab, con el que presentó fallo primario articular y cutáneo.

Tras estos fallos en ambos dominios se inicia tratamiento con bimekizumab, obteniendo excelente respuesta cutánea y articular.

Anamnesis

Varón 38 años

Psoriasis > 20 años evolución

Artritis psoriásica > 20 años evolución

Otros AP:

- Depresión

Seguimiento DERMA-REUMA

TRATAMIENTOS REALIZADOS

- Múltiples tópicos
- 2013 • MTX → Fallo secundario cutáneo y articular
- 2017 • Ciclosporina → Fallo secundario cutáneo y articular
- 2018 • Secukinumab (por comorbilidad: APs y depresión) → Fallo secundario articular
- 2023 • Ixekizumab → Fallo primario articular y cutáneo
- 2024 • Secukinumab → Fallo secundario cutáneo
- 2024 • BIMEKIZUMAB

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física



BSA 53, PASI 39
INICIO DE
CICLOSPORINA

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física



BSA 25, PASI 18
INICIO DE
SECUKINUMAB

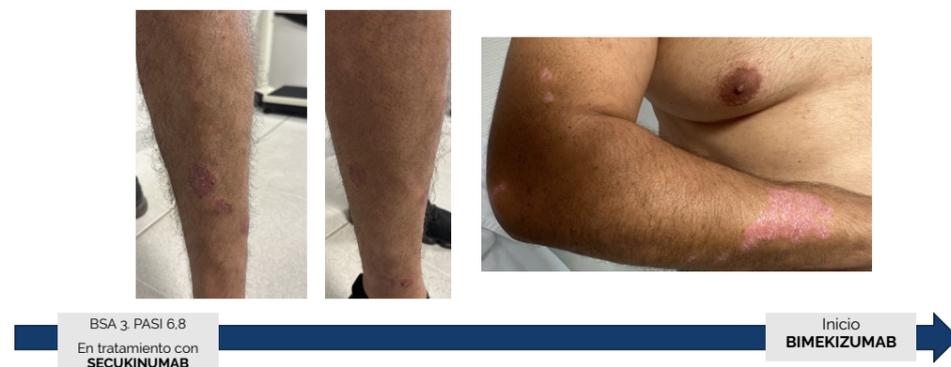
RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física



Exploración física

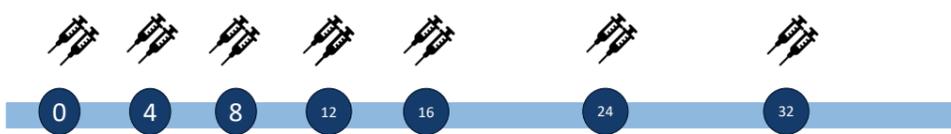


Tratamiento

BIMEKIZUMAB 160 mg:

- 2 inyecciones subcutáneas en la semana 0, 4, 8, 12 y 16
- Después: 2 inyecciones subcutáneas cada 8 semanas.

***En lesiones de FOLICULITIS:
Eritromicina tópica
1 apl cada 12 h x 15 días.



Evolución



Exploraciones complementarias



ESTUDIOS DE LABORATORIO

- Analíticas de control:
 - HG y BQ sin alteraciones
 - Serologías: negativas
 - Mantoux: negativo

REUMATOLOGÍA:

- 05/23: HLA Cw06 Psoriasis Positivo
- B27 negativo.

ESTUDIOS DE IMAGEN

- Rx sacroiliacas 04/23: posible esclerosis SI izquierda.
- Rx manos/pies 04/23: sin alteraciones significativas.

Tras fallo primario articular de Ixekizumab:

- RMN (sacroiliacas y lumbar)
 - Leve protrusión discal difusa L4-L5 y L5-S1
 - Sin alteraciones a nivel sacro.



Diagnóstico

Paciente con psoriasis y artritis psoriásica con:

- 1 Fallo secundario articular a Secukinumab con posterior fallo secundario articular y cutáneo tras discontinuación y cambio de biológico
- 2 Fallo primario articular y cutáneo a Ixekizumab
- 3 Excelente respuesta a Bimekizumab (sem 16)

Interés del tema

Comentario

Anticuerpo monoclonal humanizado que se une selectivamente y con alta afinidad a las citocinas IL-17A, IL-17F e IL-17AF y bloquea así su interacción con el complejo receptor IL-17RA/IL-17RC.

Indicaciones terapéuticas

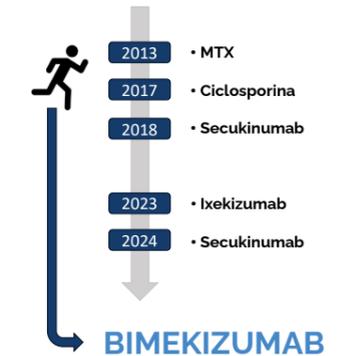
- o Artritis psoriásica activa en adultos en monoterapia o en combinación con metotrexato.
 - o 160 mg cada 4 semanas
 - o Si APs + PSO: 320 mg sem 0,4,8,12 y 16 y después cada 8 sem
- o Psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que sean candidatos a tratamiento sistémico.
 - o 320 mg sem 0,4,8,12 y 16 y después cada 8 sem

BIMEKIZUMAB

Comentario

- En pacientes con APs naïve a biológicos o con una respuesta inadecuada a anti-TNF, bimekizumab ha demostrado en el contexto de ensayos clínicos eficacia en todos los dominios clínicos.
- Eficacia sobre la inhibición de la progresión radiológica.
- La seguridad es similar a las terapias biológicas que inhiben la vía IL-17.

Alternativa terapéutica para pacientes con APs que hayan fallado o sean intolerantes a metotrexato o a anti-TNF.



Comentario

EFFECTOS ADVERSOS FRECUENTES (<10%)

- Candidiasis oral
- Infecciones óticas
- Infecciones por herpes simplex
- Candidiasis orofaríngea, gastroenteritis
- **Foliculitis**
- Tiña
- Cefalea
- Eccema
- Acné
- Fatiga
- Reacciones en el lugar de la inyección.



TTO: ANTIBIÓTICOS TÓPICOS +/- SISTÉMICOS

Bibliografía

- Gordon KB, Foley P, Krueger JG, Pinter A, Reich K et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. *Lancet* 2021;397:475-86.
- Warren RB, Blauvelt A, Bagel J, Papp KA, Yamauchi P et al. Bimekizumab versus Adalimumab in Plaque Psoriasis. *N Engl J Med* 2021;385:130-41.
- Reich K, Papp KA, Blauvelt A, Langley RG, Armstrong A et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe psoriasis (BE VIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. *Lancet* 2021;397:487-98.
- Reich K, Warren RB, Lebwohl M, Gooderham M, Strober B. Bimekizumab versus Secukinumab in Plaque Psoriasis. *N Engl J Med* 2021;385:142-52.
- Gordon KB, Langley RG, Warren RB, Okubo Y, Stein Gold L, Merola JF, Peterson L, Wixted K, Cross N, Deherder D, Thaçi D. Bimekizumab Safety in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis: Pooled Results From Phase 2 and Phase 3 Randomized Clinical Trials. *JAMA Dermatol.* 2022 Jul 1;158(7):735-744.
- Ficha técnica bimekizumab. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bimzelx-epar-product-information_es.pdf.
- Mease, P. J., Merola, J. F., Tanaka, Y., Gossec, L., McInnes, I. B., Ritchlin, C. T., Landewe, R. B. M., Asahina, A., Ink, B., Heinrichs, A., Bajracharya, R., Shende, V., Coarse, J., & Coates, L. C. (2024). Safety and efficacy of bimekizumab in patients with psoriatic arthritis: 2-year results from two phase 3 studies. *Rheumatology and Therapy*, 11(5), 1363-1382.
- Merola, J. F., Landewe, R., McInnes, I. B., Mease, P. J., Ritchlin, C. T., Tanaka, Y., Asahina, A., Behrens, F., Gladman, D. D., Gossec, L., Gottlieb, A. B., Thaçi, D., Warren, R. B., Ink, B., Assudani, D., Bajracharya, R., Shende, V., Coarse, J., & Coates, L. C. (2023). Bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and previous inadequate response or intolerance to tumour necrosis factor-α inhibitors: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE COMPLETE). *Lancet*, 401(10370), 38-48.

27. Nuevos horizontes en el tratamiento de la pitiriasis rubra pilar.

Actualización terapéutica para una patología poco prevalente pero con frecuencia resistente a tratamientos clásicos.

Presentamos un caso de un exantema generalizado con queratodermia palmoplantar y algún islote de piel respetado, así como histología compatible con pitiriasis rubra pilar. Tras un estancamiento terapéutico con acitretino oral, se decidió asociar secukinumab subcutáneo, logrando una sobresaliente respuesta terapéutica a las 4 semanas de tratamiento combinado.

Anamnesis



- ♂, 60 años.
- **Antecedentes personales:**
 - Hipertensión arterial
 - Asma bronquial
- Tratamiento habitual: enalapril, amlodipino
- **Motivo de consulta:** brote de lesiones pruriginosas generalizadas de progresión cefalocaudal y un mes de evolución.
 - Desencadenantes: ninguno identificable
 - Agravantes: fotoexposición (recientes vacaciones en la playa → empeoramiento)
 - Clínica sistémica asociada: artralgias mecánicas.
- En el momento de la valoración inicial en el servicio de Dermatología, el paciente estaba en tratamiento con 20 mg de prednisona oral desde la semana previa con muy discreta mejoría sintomática.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

Figura 1

Eritema y descamación difusas en tronco y extremidades superiores.



Escalas
◆ BSA: 80%
◆ DLQI: 15



Figura 2. Detalle

- Queratodermia cèrea anaranjada en palmas
- Eritema y descamación difusos con islote de piel respetado en brazo derecho

Exploraciones complementarias



Se realizó una biopsia mediante punch de 4 mm en la que se observó una epidermis engrosada con hiperqueratosis ortoqueratósica con un discreto infiltrado linfocitario perivascular en dermis superficial.

Asimismo, se solicitó una analítica sanguínea que reveló una hipercolesteronemia discreta (colesterol total 250 mg/dL, colesterol-LDL 140 mg/dl) sin otras alteraciones relevantes (incluyendo serologías de VIH, VHB, VHC, sífilis y quantiferon negativos).



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

Ante una exploración física tan representativa y con la ayuda de las pruebas complementarias, se estableció el diagnóstico definitivo de

Pitiriasis rubra pilaris (PRP) tipo I **(clásica del adulto)**

Tratamiento



Bibliografía

1. Kromer C, Sabat R, Celis D, Mössner R. Systemic therapies of pityriasis rubra pilaris: a systematic review. J Dtsch Dermatol Ges 2019; 17:243.
2. Fuchs-Telem D, Sarig O, van Steensel MA, et al. Familial pityriasis rubra pilaris is caused by mutations in CARD14. Am J Hum Genet 2012; 91:163.
3. Mellett M, Meier B, Mohanan D, et al. CARD14 Gain-of-Function Mutation Alone Is Sufficient to Drive IL-23/IL-17-Mediated Psoriasisiform Skin Inflammation In Vivo. J Invest Dermatol 2018; 138:2010.
4. Boudreaux BW, Pincelli TP, Bhullar PK, et al. Secukinumab for the treatment of adult-onset pityriasis rubra pilaris: a single-arm clinical trial with transcriptomic analysis. Br J Dermatol 2022; 187:650.

Evolución

Figura 3

El paciente experimentó una gran mejoría sintomática, con marcada disminución del eritema y la descamación palmoplantar, tan solo 4 semanas después del inicio del tratamiento con acitretino 35 mg y secukinumab 300 mg (Figura 3).



Comentario

La PRP es una dermatosis inflamatoria fotoagravada caracterizada por la aparición de pápulas queratósicas centrofoliculares coalescentes en grandes placas junto con queratodermia anaranjada palmoplantar.

La patogenia de esta entidad sigue sin conocerse en profundidad, aunque múltiples evidencias abalan su asociación con la vía inflamatoria IL23/17 (lo que explica la similitud clínica de esta entidad con la psoriasis). De hecho, varios artículos científicos recientes hablan de la eficacia de los inhibidores de estas vías en casos refractarios a tratamientos clásicos como los retinoides sistémicos o el metotrexato. Sin embargo, y en ausencia de unas guías clínicas que estandaricen el tratamiento de estos pacientes, los inhibidores de la IL17 (secukinumab, ixekizumab, bimekizumab y brodalumab) parecen ser la mejor opción al presentar un mayor respaldo científico con evidencia más abundante y sólida y un perfil de seguridad equiparable a otras alternativas.

28. Lesiones pustulosas recalcitrantes en palmas y plantas con afectación ungueal y de cuero cabelludo tratadas exitosamente mediante bimekizumab.

Se presenta el caso de una paciente con psoriasis pustulosa palmoplantar con afectación ungueal y de cuero cabelludo resistente a múltiples terapias convencionales, tópicos, sistémicas y biológicas. El bimekizumab demostró eficacia en la remisión sostenida de las lesiones, aun tras el fracaso de acitretino, apremilast, adalimumab, guselkumab y brodalumab, posicionándose como una opción terapéutica clave para esta forma de psoriasis difícil de tratar.

Mujer de 31 años con antecedentes de pustulosis palmoplantar crónica de más de diez años de evolución tratada con múltiples líneas terapéuticas: tópicos, acitretino sistémico, así como biológicos (adalimumab, apremilast, guselkumab y brodalumab), sin lograr control completo. Tras el inicio de bimekizumab, alcanzó remisión completa, evidenciando una notable mejoría en su calidad de vida y una reducción sostenida de los brotes. Este caso ilustra el desafío y manejo de una psoriasis pustulosa recalcitrante localizada en palmas plantas y con afectación de otras localizaciones especiales como uñas y cuero cabelludo.

Anamnesis

Mujer de 31 años (162 cm, 58 kg, IMC 22,1)

Antecedentes personales: glucogenosis hepática en la infancia, urticaria aguda (controlada con cetirizina 10 mg) y psoriasis pustulosa palmoplantar

Antecedente familiar de psoriasis de cuero cabelludo en madre

Mal control de psoriasis pustulosa palmoplantar que padece desde hace **más de una década**
Alto nivel de estrés -> situación laboral (en paro). Consumo de ansiolíticos y trazodona para dormir
Hábito tabáquico de 10 cigarrillos/día. Usuaria de anticonceptivos orales



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

Psoriasis pustulosa palmoplantar crónica **refractaria**, con múltiples episodios de **reagudización tras diversos tratamientos convencionales y biológicos**. Las características clínicas, junto con los antecedentes familiares y la resistencia terapéutica, sitúan este cuadro como una psoriasis pustulosa recalcitrante localizada en plantas y palmas con afectación de **otras localizaciones especiales** como **uñas** y **cuero cabelludo**



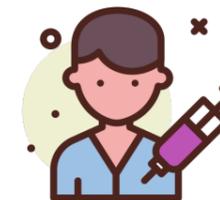
RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamiento

Resistencia a múltiples tratamientos previos

- Tratamientos **tópicos** (Mometasona, Clobetasol, Calcipotriol/Betametasona en espuma) - (2011- 3/21)
- **Acitretino** - (3/21-3/22)
- **Adalimumab** - (3/22-10/22)
- **Apremilast** - (10/22-3/23)
- **Guselkumab** - (3/23-6/23)
- **Brodalumab** - (6/23-2/24)



Cambio a bimekizumab

Inicio de **bimekizumab** 160 mg cada 8 semanas **sin** dosis de inducción (2/24)
Desaparición de las lesiones a nivel de palmas, plantas, uñas y cuero cabelludo (10/24)

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

1ª visita (10/20)

Placas eritematodescamativas con pústulas en superficie a nivel de ambos pies con intenso **prurito** (10/10)

Visitas sucesivas (10/20 - 6/23)

Brotos con placas hiperqueratósicas con fisuras dolorosas y pústulas en **plantas**. Además, aparición de pústulas en **palmas**, onicosis distal en **uñas de las manos** y placa tipo pseudotinea amiantácea en **cuero cabelludo**

Prurito 10/10, BSA 1%, PASI 3, DLQI 12



Fig. 1

Onicosis distal (1), placa eritematodescamativa tipo pseudotinea amiantácea (2) placas eritematodescamativas y pústulas en plantas (3,4) y palmas (5)

Exploraciones complementarias

02/22

Ante la falta de respuesta de los tratamientos previos, se solicitan:

- Analítica de sangre con hemograma y bioquímica (normal)
- Mantoux (negativo)
- Radiografía de tórax (normal)
- Serologías (negativas)
- Interconsulta a Reumatología (se descarta patología articular)



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

OCT 20 – DIC 20

En primera visita, se observan **pústulas en palmas** concordantes con el diagnóstico, hacia 10 años, de psoriasis pustulosa palmoplantar

Se recomienda **abandonar el tabaco** y utilizar tópicos (mometasona y vaselina con ácido salicílico). Además, se solicita **analítica para inicio de acitretino**

DIC 20 – MAR 22

Acitretino 25 mg tres veces en semana. **Mejoría inicial**, pero empeoramiento clínico (junio de 2021) a pesar del tratamiento. Aparecen lesiones cutáneas en **manos** BSA 1%, PASI 3, DLQI 12, PURE-4 2

Se realiza despistaje para inicio de tratamiento biológico y se deriva a Reumatología. Se incorpora tratamiento calcipotriol/betametasona en espuma

MAR 22 – OCT 22

Tras mejorar con tópicos, la paciente inicia **adalimumab** (Hyrimoz) con un **esquema de carga de 40 mg semanales**. Aunque se observa una **mejoría transitoria**, los **brotos recidivan** en los meses de verano. Los niveles séricos de adalimumab son adecuados (9480 ng/mL), pero clínicamente insuficientes



Fig. 2

Onicosis distal (1) placas eritematodescamativas y pústulas en palmas (2) y plantas (3)

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

OCT 22 – MAR 23

Cambio a **apremilast 30 mg** cada 12 horas con **inicio progresivo según ficha técnica**

Mejoría inicial con brote en diciembre de 2022, **volviendo a situación basal**. Se descarta por parte de Reumatología la posibilidad de padecer **artritis psoriásica**

MAR 23 – JUN 23

Se inicia **guselkumab 100 mg**, pero la paciente sigue presentando episodios de pustulosis en **palmas y plantas** y, adicionalmente, en **cuero cabelludo** (tipo pseudotinea amiantácea). En esta etapa, aparece también **onicosis** en dos **uñas de las manos**, acompañada de **pitting**. De esta manera, se afectan **3 localizaciones especiales**

JUN 23 – FEB 24

Se inicia **brodalumab 210 mg** con **control parcial** de las lesiones pustulosas en pies, aunque **con brotes regulares**, persistiendo la afectación de **cuero cabelludo** en forma de pseudotinea en vértex, **la onicosis y el pitting ungueal**



Fig. 3

Pústulas sobre placas eritematodescamativas en plantas (1) y palmas (2) Placa eritematodescamativa tipo pseudotinea amiantácea en cuero cabelludo (3)

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

FEB 24 – JUN 24

Se introduce bimekizumab (Bimzeb) con una dosis inicial de 160 mg. La paciente alcanza remisión casi completa con desaparición de la afectación ungueal (onicolisis y pitting) y del cuero cabelludo. Persiste únicamente alguna pústula esporádica en plantas sin brotes significativos y desaparición del prurito (0/10).

JUN 24 – OCT 24

La paciente se encuentra en seguimiento con bimekizumab, mostrando únicamente lesiones residuales y remisión sostenida de sus lesiones



Fig. 4

Resolución de lesiones a nivel de palmas (1), cuero cabelludo (2) y plantas (3) persistiendo únicamente lesiones residuales

Comentario

Desafío terapéutico -> psoriasis pustulosa palmoplantar con afectación ungueal y de cuero cabelludo recalcitrante a múltiples líneas terapéuticas (tratamientos tópicos, sistémicos y varios biológicos) con impacto importante en la calidad de vida (DLQI)

La PPP destaca en mujeres (60-90%) y fumadores (90 %) -> nuestra paciente Etiopatogenia no esclarecida (mutaciones en los genes IL36RN, CARD14 y AP1S3)

> expresión de IL-17 sin > de IL-23 (falta de eficacia de ustekinumab)



29. Sí hay penitencia para la psoriasis.

Explora el tratamiento de la psoriasis en un entorno complejo.

a. Anamnesis:

Paciente de 52 años en tratamiento con adalimumab 40mg cada 14 días, se presenta en consulta para revisión con fallo secundario de su medicación para la psoriasis.

b. Exploración física:

Presenta placas gruesas en el tórax anterior y posterior, con afectación de piernas y genitales. BSA 17,5% PASI 14 y prurito 7/10 con DLQI 16.

Además, asociaba artralgiyas distales en las manos, de ritmo inflamatorio, pero ausencia de anomalías en la exploración física.

c. Exploraciones complementarias:

Dada su condición adquirida de convicto se solicita una actualización serológica con quantiferón en el estudio analítico.

d. Diagnóstico:

Psoriasis severa e infección tuberculosa latente (ITL).

e. Tratamiento:

Dado su hacinamiento y estado físico se instauró tratamiento con isoniazida para la ITL y bimekizumab a las dosis licitadas para su psoriasis.

f. Evolución:

Tras 6 meses, se valoró al paciente en consulta con aclaramiento total de su psoriasis y mejoría de su calidad de vida, además de desaparición de las mentadas artralgiyas. El paciente relató una respuesta completa PASI 100 en tan solo 4 semanas con desaparición completa de sus artralgiyas en torno a las 5 semanas. Pudo reincorporarse a los trabajos manuales que facilitaron la atenuación su pena y su reinserción en la sociedad. Además de la rápida respuesta, el tratamiento permitió el inicio concomitante con el del tratamiento de una infección tuberculosa latente no diagnosticada previamente, en un contexto donde era importante hacerlo.

g. Comentarios:

Se trata de un caso que ilustra la eficacia de bimekizumab en un contexto complejo, paciente con fallo previo a anti-TNF, artralgiyas e infección tuberculosa latente. En este paciente ha supuesto una mejora significativa en su calidad de vida al abordar la enfermedad de forma global adecuada a sus circunstancias.

Anamnesis

Paciente de 52 años reo en tratamiento con adalimumab 40mg cada 14 días, se presenta en consulta para revisión con fallo secundario de su medicación para la psoriasis.

Exploración física

- Presenta placas gruesas en el tórax anterior y posterior, con afectación de piernas y genitales.
- BSA 17,5% PASI 14 y prurito 7/10 con DLQI 16.
- Asociaba artralgiyas distales en las manos, de ritmo inflamatorio.



Comentario

Remisión completa con bimekizumab (anticuerpo monoclonal inhibidor de IL-17A e IL-17F) -> doble inhibición -> podría reducir los niveles de IL-36 en suero (posible mediador en PPP)

Opción terapéutica prometedora para la psoriasis pustulosa refractaria

Remisión sostenida y completa tras más de una década de enfermedad activa



Bibliografía

1. Benzia-Olsson N, et al.; ERASPEM consortium and the APRICOT and PLUM study team. Association of clinical and demographic factors with the severity of palmoplantar pustulosis. *JAMA Dermatol*. 2020;156(1):1-8.
2. Brunasso AMG, Puntoni M, Massone C. Psoriasis and palmoplantar pustulosis: an endless debate? *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2017;31.
3. Misiak-Galazka M, Zozula J, Rudnicka L. Palmoplantar pustulosis: recent advances in etiopathogenesis and emerging treatments. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(3):355-370. doi:10.1007/s40257-020-00503-5.
4. Passeron T, Perrot JL, Jullien D, et al. Treatment of severe palmoplantar pustular psoriasis with bimekizumab. *JAMA Dermatol*. 2024;160(2):199-203. doi:10.1001/jamadermatol.2023.5051.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

Tras 6 meses, se valoró al paciente en consulta con aclaramiento total de su psoriasis y mejoría de su calidad de vida, además de desaparición de las mentadas artralgias.

El paciente relató una respuesta completa PASI100 en tan solo 4 semanas con desaparición completa de sus artralgias en torno a las 5 semanas.

Pudo reincorporarse a los trabajos manuales que facilitaron la atenuación su pena y su reinserción en la sociedad.

Además de la rápida respuesta, el tratamiento permitió el inicio concomitante con el del tratamiento de una infección tuberculosa latente no diagnosticada previamente, en un contexto donde era importante hacerlo.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentario

Se trata de un caso que ilustra la eficacia de bimekizumab en un contexto complejo, paciente con fallo previo a anti-TNF, artralgias e infección tuberculosa latente. En este paciente ha supuesto una mejora significativa en su calidad de vida al abordar la enfermedad de forma global adecuada a sus circunstancias.

30. Desafiando la refractariedad en la psoriasis.

Se trata de un caso de psoriasis con artritis psoriásica refractario a inmunosupresores clásicos, anti-TNF α , anti IL-17, ustekinumab y anti IL-23.

Una mujer de 57 años con psoriasis y artritis psoriásica en seguimiento en nuestro servicio de Dermatología presenta enfermedad refractaria a inmunosupresores clásicos, anti-TNF α , anti IL-17, ustekinumab y anti IL-23 y con mal control actualmente tanto a nivel cutáneo como articular. Se inició entonces bimekizumab subcutáneo alcanzando remisión completa de la clínica tanto dermatológica como reumatológica en tan solo 2 meses. Dicha mejoría se ha mantenido en el seguimiento sin hallar efectos adversos.

Anamnesis

Mujer de 57 años sin alergias conocidas. Antecedentes personales de hipertensión arterial bien controlada y trastorno de ansiedad. **Psoriasis con artropatía psoriásica** de casi **30 años** de evolución, que había realizado seguimiento en otros centros, siendo refractaria a múltiples tratamientos incluyendo **adalimumab** (fracaso secundario tras 8 años), **etanercept** (pérdida de eficacia tras 2 años y mala tolerancia), **infliximab** (fracaso a los 6 meses por empeoramiento cutáneo), **ustekinumab** (fracaso a los 3 meses por mal control cutáneo y articular) y **secukinumab** (fracaso secundario tras 4 años).

En el momento de nuestra primera valoración de la paciente se encontraba en tratamiento con metotrexato 25mg semanales y **tofacitinib** 10 mg al día con aceptable control articular, pero mal control de la enfermedad cutánea, presentando en esta valoración inicial afectación de pliegues y ungüea, así como placas de psoriasis vulgar diseminadas alcanzando una puntuación PASI de 7,5.

Dado el empeoramiento progresivo de la enfermedad cutánea, alcanzando PASI 15 y articular se decide inicio de **guselkumab** con pauta habitual. Tras completar pauta de inducción presentó leve mejoría tanto articular como cutánea, sin embargo, tras 6 meses de tratamiento la paciente continuaba con un control inadecuado de la enfermedad a pesar de haberse optimizado el tratamiento tópico.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Bibliografía

- Melgosa Ramos FJ, Mansilla Polo M, Ortiz Salvador JM, Martorell A. SAFETY AND EFFICACY PROFILE OF BIMEKIZUMAB IN PATIENTS WITH PSORIASIS AND PSORIATIC ARTHRITIS: AN 18-PATIENT CASE SERIES. Actas Dermosifiliogr. 2024 Oct 15;S0001-7310(24)00795-6. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2024.08.009. Epub ahead of print. PMID: 39419386.
- Husni ME, Mease PJ, Merola JF, Tillett W, Goldammer N, Ink B, Coarse J, Lambert J, Taieb V, Gladman DD. Bimekizumab provided rapid improvements in patient-reported symptoms and health-related quality of life in patients with active psoriatic arthritis: pooled 16-week results from two phase 3 studies. RMD Open. 2024 Sep 23;10(3):e004464. doi: 10.1136/rmdopen-2024-004464. PMID: 39313302; PMCID: PMC11418537.
- Hagino T, Onda M, Saeki H, Fujimoto E, Kanda N. Effectiveness of bimekizumab for genital, nail, and scalp lesions with psoriasis: A 24-week real-world study. J Dermatol. 2024 Aug 12. doi: 10.1111/1346-8138.17427. Epub ahead of print. PMID: 39133570.
- Sood S, Rimke A, Rankin BD, Abdulmula A, Georgakopoulos JR, Maliyar K, Bagit A, Leung F, Stark LA, Devani AR, Vender R, Yeung J, Prajapati VH. Real-world experience of bimekizumab for adult patients with plaque psoriasis: A 52-week multicenter retrospective study. J Am Acad Dermatol. 2024 Nov;91(5):936-939. doi: 10.1016/j.jaad.2024.05.085. Epub 2024 Jun 15. PMID: 38885841.
- Koroneos G, Nicolopoulos J, Braue A, Dolianitis C. Use of bimekizumab to treat palmoplantar psoriasis in a patient receiving treatment for disseminated tuberculosis: A Case Report. Clin Exp Dermatol. 2024 Jul 30;llae296. doi: 10.1093/ced/llae296. Epub ahead of print. PMID: 39078978.
- Coates LC, McInnes IB, Merola JF, Warren RB, Kavanaugh A, Gottlieb AB, Gossec L, Assudani D, Bajracharya R, Coarse J, Ink B, Ritchlin CT. Safety and Efficacy of Bimekizumab in Patients With Active Psoriatic Arthritis: Three-Year Results From a Phase I/II Randomized Controlled Trial and Its Open-Label Extension Study. Arthritis Rheumatol. 2022 Dec;74(12):1959-1970. doi: 10.1002/art.42280. Epub 2022 Nov 18. PMID: 35829656; PMCID: PMC10100448.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física

A la exploración destacaban placas eritematosas con descamación gruesa nacarada diseminadas por tronco, glúteos y extremidades (figura 1) con afectación de flexuras (figura 2) y con onicopatía psoriásica acompañante (**PASI 16**).



Figura 1: Psoriasis vulgar en región glútea izquierda, con placas infiltradas y descamación nacarada.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:





Figura 2: Psoriasis invertida en región inframamaria izquierda.

Exploraciones complementarias

No se observaron alteraciones analíticas destacables en la paciente. Las serologías para virus hepatotropos y VIH fueron todas negativas. La prueba del cuantiferón fue negativa. Se comprobó correcta vacunación por parte del servicio de Medicina Preventiva.

Diagnóstico

Se trata de una psoriasis en placas con artropatía psoriásica asociada, refractaria a múltiples líneas de tratamiento biológico.



Figura 4: Manchas hiperpigmentadas en región glútea donde previamente al tratamiento se observaban grandes placas de psoriasis.

Evolución

La paciente mantiene respuesta completa cutánea y articular con **PASI 0** tras **6 meses de tratamiento** actualmente la paciente se encuentra en tratamiento a dosis de 160mg mensuales. No se han identificado efectos adversos durante el tratamiento hasta la fecha.

Tratamiento

En junio de 2024 se decide, de acuerdo con equipo de Reumatología, iniciar **bimekizumab** con pauta de **320mg mensuales**. A los **dos meses** de inicio de bimekizumab la paciente presentó una resolución completa de las placas de psoriasis, alcanzando un **PASI absoluto de 0** y persistiendo únicamente placas con leve hipopigmentación postinflamatoria (figuras 3 y 4). Asimismo, también se consiguió buen control de la **artropatía psoriásica**.



Figura 3: Manchas hiperpigmentadas en relación a placas de psoriasis resueltas con hiperpigmentación postinflamatoria en región de gemelo izquierdo.

Comentario

Presentamos un desafiante caso de artritis en placas con artritis psoriásica asociada cuyo componente cutáneo ha sido **refractario** a múltiples líneas de tratamiento (MTX, anti-TNFa, secukinumab, ustekinumab, guselkumab y tofacitinib) que mostró una rápida respuesta completa con la administración de **bimekizumab**.

Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 que inhibe selectivamente IL-17F y IL-17A. La IL-17F es estructuralmente similar a IL-17A, sin embargo, los mecanismos que regulan su expresión y cinética son diferentes (1). La IL-17A y la IL-17F se expresan como homodímeros y como heterodímeros IL-17A-IL-17F que señalan a través del mismo receptor IL-17 A/C (2). Esta capacidad para inhibir la IL-17F parece aportar un beneficio clínico sobre otras moléculas en términos de eficacia en articulaciones, piel y en actividad mínima de enfermedad (3). En este sentido nuestro caso es consecuente con estos hallazgos. **No** se produjeron **efectos adversos** durante el seguimiento con dicho fármaco.

Bibliografía

1. Ritchlin CT, Coates LC, McInnes IB, Mease PJ, Merola JF, Tanaka Y, et al. Bimekizumab treatment in biologic DMARD-naïve patients with active psoriatic arthritis: 52-week efficacy and safety results from the phase III, randomised, placebo-controlled, active reference BE OPTIMAL study. Ann Rheum Dis. 2023 Nov;82(11):1404–14.
2. McInnes IB, Asahina A, Coates LC, Landewé R, Merola JF, Ritchlin CT, et al. Bimekizumab in patients with psoriatic arthritis, naïve to biologic treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE OPTIMAL). Lancet. 2023 Jan 7;401(10370):25–37.
3. Mease PJ, Gladman DD, Merola JF, Nash P, Grieve S, Laliman-Khara V, et al. Comparative efficacy and safety of bimekizumab in psoriatic arthritis: a systematic literature review and network meta-analysis. Rheumatology (Oxford). 2024 Jan 13;63(7):1779–89.

31. Reacción cutánea aguda sobre dermatosis crónica tras ajuste de tratamiento sistémico.

Presentamos un caso de reacción adversa poco común que experimentó un paciente con psoriasis en placas tras un ajuste rápido de corticoterapia sistémica. La presentación de un brote pustuloso generalizado subraya la importancia de entender las posibles complicaciones asociadas a los cambios bruscos de tratamiento sistémico. Además, mostramos el desafío terapéutico que supuso, ofreciendo lecciones valiosas para la práctica clínica.

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico previo de psoriasis en placas que experimenta un brote severo de lesiones pustulosas generalizadas tras la reducción rápida de corticoterapia sistémica por un cuadro reumatológico. Ante falta de respuesta inicial a citretina, se decide administración de spesolimab, con resolución del componente pustuloso pero persistencia las lesiones eritematodescamativas, obtando por un control de su psoriasis en placas con bimekizumab, con muy buena respuesta. Este caso destaca los riesgos asociados a la interrupción o ajuste inadecuado de corticoterapia en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas, ilustrando la necesidad de un manejo cauteloso y progresivo de la medicación para evitar complicaciones graves.

Anamnesis

ANTECEDENTES

Mujer de 83 años

- HTA, DLP, DM II, ERC grado III.
- Polimialgia reumática, tratada en Diciembre 2023 con metilprednisolona 32 mg con pauta descendente rápida hasta dosis de mantenimiento de 4mg a días alternos.

Tratamiento habitual: metformina/vildagliptina, manidipino, losartan/hidroclorotiazida, atorvastatina, paroxetina.

HISTORIA ACTUAL

Psoriasis en placas en seguimiento en Hospital de origen desde 2019, para la cual había recibido tratamiento con tópicos (calcipotriol/betametasona y clobetasol).

Acude a nuestro SU por brote de lesiones generalizadas pruriginosas iniciado en Febrero de 2023. Niega cuadro infeccioso. Como nueva medicación metilprednisolona por el cuadro reumatológico descrito.

Diagnóstico

Brote de psoriasis pustulosa generalizada en relación al descenso rápido de dosis de corticoterapia sistémica en paciente con psoriasis en placas



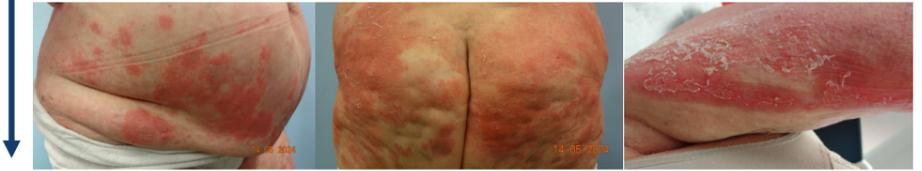
Tratamiento

Ingreso e inicio precoz de acitretina 10mg diarios + betametasona tópica

- Aumento del prurito y de la descamación con persistencia de lesiones anulares de borde pustuloso

Dosis de spesolimab IV 900 mg (2 viales de 450 mg)

- Resolución de todas las pústulas, pero nuevas placas eritematodescamativas, BSA 25%



Exploración física

Extensas placas eritematodescamativas con descamación más marcada en anillo en bordes, que afectan a tronco, brazos y piernas. Pequeñas pústulas monomorfas en bordes de algunas placas.

BSA 60%

GPPGA 3. Pústulas 2, eritema 4, descamación 3

Prurito 10/10



Exploraciones complementarias

BIOPSIA (FORMOL Y FRESCO)

- Focos de paraqueratosis confluyente, con microabscesos intracórneos.
- Infiltrado linfocitario perivascular en dermis papilar con ligera extravasación hemática.
- IF negativa
- Piel de pierna con lesiones compatibles con psoriasis.

ANALÍTICAS

PCR 1.15 mg/dl, Neutrófilos 13x1000/μl, Glc 320 mg/dl, Hb Glicada 6.4 (%Hbtotl)
IGRA y Serologías Negativa

Tratamiento



Se decide iniciar para control de la psoriasis en placas bimekizumab 160 mg 2 inyecciones el primer día y después 2 inyecciones cada 4 semanas durante 16 semanas

+ acitretina 10 mg cada 48 horas

+ descenso muy lento de dosis de metilprednisolona hasta suspensión

Evolución

Mejoría al mes de iniciar bimekizumab:

BSA < 2%, PASI 0.6

Tras completar inducción sin nuevos brotes pustulosos ni de placas, se pasa a dosis de mantenimiento de bimekizumab

Comentario

La psoriasis pustulosa generalizada (GPP) es una forma poco frecuente y grave de psoriasis, caracterizada por pústulas estériles sobre una base eritematosa, pudiéndose acompañar de síntomas sistémicos. Su manejo terapéutico ha sido un desafío debido a su naturaleza impredecible y resistencia a tratamientos convencionales.

La investigación reciente se ha enfocado en terapias biológicas específicas, destacando el uso de inhibidores de interleucinas (1), como spesolimab y, en algunos casos exploratorios, bimekizumab.

Spesolimab, dirigido contra el receptor de IL-36, ha mostrado eficacia rápida (en una semana) y significativa en la resolución de **brotes de GPP** (2), convirtiéndose en el primer tratamiento biológico específico aprobado para esta patología.

Bimekizumab, inhibidor IL-17A e IL-17F, está aprobado para **psoriasis en placas** de moderada a grave. Hasta la fecha, la evidencia sobre el uso de bimekizumab en GPP proviene principalmente de casos aislados (3), que sugieren una reducción de la actividad de la enfermedad y frecuencia de los brotes.

Bibliografía

- (1) Kodali N, Blanchard I, Kunamneni S, Lebwohl MG. Current management of generalized pustular psoriasis. *Exp Dermatol.* 2023;32(8):1204-1218. doi:10.1111/exd.14765
- (2) Morita A, Strober B, Burden AD, et al. Efficacy and safety of subcutaneous spesolimab for the prevention of generalised pustular psoriasis flares (Effsayil 2): an international, multicentre, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2023;402(10412):1541-1551. doi:10.1016/S0140-6736(23)01378-8
- (3) Hagino T, Saeki H, Kanda N. Two cases of generalized pustular psoriasis successfully treated with bimekizumab. *J Dermatol.* 2023;50(10):e357-e358. doi:10.1111/1346-8138.16866

32. Grietas que sanan: triunfo terapéutico con un tratamiento innovador.

Este caso presenta un ejemplo de psoriasis en localizaciones especiales, con afectación palmoplantar severa, en un paciente con comorbilidades significativas, incluyendo poliquistosis renal y función renal deteriorada, que limita las opciones de tratamiento convencionales. La refractariedad a múltiples terapias tópicas y biológicas, junto con la necesidad de evitar tratamientos que puedan agravar la condición renal, representa un desafío clínico considerable. La respuesta positiva y sostenida al tratamiento con bimekizumab destaca el potencial de este fármaco como opción terapéutica en casos de psoriasis de difícil manejo, especialmente en pacientes con comorbilidades que restringen el uso de otras alternativas. Este caso enfatiza la relevancia de considerar bimekizumab en el manejo de la psoriasis refractaria, subrayando su eficacia y perfil de seguridad en un contexto clínico complejo.

Varón de 57 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión arterial y poliquistosis renal, y función renal significativamente comprometida, en espera de trasplante. Presenta una psoriasis de larga evolución, con un empeoramiento en los últimos dos años que se ha focalizado en la región palmoplantar, lo cual tiene un impacto considerable en su calidad de vida, limitando su funcionalidad y dificultando la realización de actividades diarias. A pesar de haber recibido múltiples tratamientos tópicos y biológicos, incluyendo acitretina, apremilast, adalimumab y secukinumab, el paciente mostró una respuesta terapéutica insuficiente. Finalmente, se optó por iniciar tratamiento con bimekizumab, logrando una respuesta clínica notable a los seis meses, con remisión de la hiperqueratosis y del dolor acompañante, permitiendo al paciente retomar sus actividades sin limitaciones y mejorando su calidad de vida.

Anamnesis

Paciente masculino de 57 años con antecedentes de HTA, dislipemia y poliquistosis renal con una afectación importante del filtrado glomerular, en espera de trasplante.

El paciente refiere una psoriasis de más de 20 años de evolución, refractaria a múltiples tratamientos tópicos, y que en los últimos dos años se ha focalizado en la región palmoplantar, con un impacto significativo en su calidad y con una importante limitación funcional para realizar actividades básicas diarias.

Durante la anamnesis, el paciente no reporta síntomas de afectación articular. Las lesiones en manos y pies le provocan dolor constante y limitan considerablemente su funcionalidad, con un índice de calidad de vida (DLQI) de 18.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

Se observan placas hiperqueratósicas bien delimitadas en las superficies palmoplantares, acompañadas de fisuras profundas y dolorosas al tacto que afectan tanto a las palmas de las manos como a las plantas de los pies (Fig. 1). Además, se observan algunas placas eritematodescamativas aisladas de menor grosor afectando las rodillas y el tronco. PASI 7 BSA 6 DLQI 18 IGA 3.



Figura. 1. Placas hiperqueratósicas palmares extensas con fisuras profundas y descamación.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

Se realizó una analítica sanguínea basal, que mostró un filtrado glomerular de 37 ml/min/1.73m², una creatinina de 3,3 mg/dL y una urea de 129 mg/dL (ya conocido en contexto de su poliquistosis renal).

El hemograma y el resto de la bioquímica fueron normales, sin elevación de reactantes de fase aguda. Las serologías para VIH, sífilis y VHC fueron negativas. El paciente estaba inmunizado contra VHA, sarampión, rubeola y parotiditis. Los resultados de las pruebas para el antígeno de superficie, el anticuerpo anticore y el anticuerpo anti-antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (VHB) fueron negativos, por lo que se indicó la vacunación completa para el VHB. El test para IGRA (Interferon Gamma Release Assay) resultó ser positivo, pero no se evidenciaron signos de infección activa. Se realizó un monitoreo continuo de los niveles de filtrado glomerular del paciente.

Dada la importante afectación palmoplantar del paciente, planteándose que pudiera tratarse de un proceso paraneoplásico, se realizó un TAC toraco-abdominal que descartó procesos neoplásicos.

Diagnóstico

Psoriasis palmoplantar severa, refractaria a tratamientos convencionales y biológicos, en un paciente con poliquistosis renal avanzada que limita las opciones terapéuticas. La afectación severa de las áreas palmoplantares y la refractariedad a múltiples terapias sitúan este caso en un contexto de difícil manejo clínico, dadas las restricciones relacionadas con la comorbilidad renal.

Comentario

Este caso resalta el éxito de bimekizumab en un paciente con psoriasis en localizaciones especiales, con una afectación palmoplantar severa, refractaria a múltiples líneas de tratamiento previas, y con comorbilidades que restringen las opciones terapéuticas. La inhibición dual de IL-17A e IL-17F parece ofrecer una ventaja clínica significativa en este paciente, que no había respondido a otros biológicos, incluyendo aquellos que bloquean exclusivamente IL-17A, como secukinumab. La respuesta obtenida en este caso sugiere que la inhibición combinada puede ser una estrategia eficaz en pacientes con psoriasis refractaria, especialmente en aquellos con afectación palmoplantar severa y comorbilidades que limitan el arsenal terapéutico disponible. Este reporte apoya la consideración de bimekizumab como una alternativa viable en contextos clínicos complejos, aunque se necesitan estudios adicionales para confirmar su eficacia y seguridad a largo plazo en poblaciones similares.

Bibliografía

1. Reich K, Warren RB, Lebwohl M, Gooderham M, Strober B, Langley RG, et al. Bimekizumab versus Secukinumab in Plaque Psoriasis. *N Engl J Med.* 2021;385(2):142-152. doi: 10.1056/NEJMoa2102383.
2. Camiña-Conforto G, Mateu-Arrom L, López-Ferrer A, Puig L. Bimekizumab in the Treatment of Plaque Psoriasis: Focus on Patient Selection and Perspectives. *Patient Prefer Adherence.* 2023;17:1541-1549. doi: 10.2147/PPA.S350760.
3. Gordon KB, Foley P, Krueger JG, Pinter A, Reich K, Vender R, et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. *Lancet.* 2021;397(10273):475-486. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00126-4.
4. Kokolakis G, Warren RB, Strober B, Blauvelt A, Puig L, Morita A, et al. Bimekizumab efficacy and safety in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis who switched from adalimumab, ustekinumab or secukinumab: results from phase III/IIIb trials. *Br J Dermatol.* 2023;188(3):330-340. doi: 10.1093/bjd/ljac089.

Tratamiento

Inicialmente, se decidió el uso de acitretina al no tratarse de un fármaco inmunosupresor, debido a la positividad de la prueba IGRA y la necesidad de tratamiento profiláctico de tuberculosis latente con isoniazida y piridoxina durante 6 meses, descartando previamente cualquier infección activa. No obstante, el tratamiento con acitretina se suspendió a los pocos meses debido a hiperuricemia.

Posteriormente, se inició tratamiento con apremilast, pero debido a la falta de respuesta terapéutica, este fue suspendido tras cuatro meses de tratamiento.

Se iniciaron tratamientos biológicos, incluyendo adalimumab y posteriormente secukinumab, pero en ambos casos la respuesta clínica fue insuficiente, por lo que se decidió suspenderlos.

La función renal fue disminuyendo a lo largo del seguimiento, alcanzando un filtrado glomerular de 13 ml/min/1.73m².

Finalmente, ante la falta de opciones terapéuticas efectivas, se optó por iniciar tratamiento con bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que bloquea de manera dual las interleucinas IL-17A e IL-17F. Se administró una dosis de inducción de 320 mg en las semanas 0, 4, 8, 12 y 16, seguida de una dosis de mantenimiento de 320 mg cada ocho semanas.

Evolución

Tras cuatro meses de tratamiento con bimekizumab, el paciente presentó una mejora clínica notable, evidenciada por una reducción significativa en la hiperqueratosis y una disminución marcada del dolor en las áreas afectadas. A los seis meses de tratamiento (Fig. 2), la respuesta fue aún más espectacular, con una resolución completa de las lesiones cutáneas palmoplantares y del resto del cuerpo (PASI 0). Esta evolución permitió al paciente retomar sus actividades diarias sin las limitaciones previas, logrando una restauración funcional significativa y una mejora considerable en su calidad de vida. Los resultados observados en este caso respaldan el potencial de bimekizumab como una opción terapéutica efectiva y segura en casos de psoriasis refractaria, particularmente en pacientes con comorbilidades que limitan el uso de otros tratamientos convencionales y biológicos.



Figura 2. Resultado clínico tras seis meses de tratamiento con bimekizumab en paciente con psoriasis palmoplantar severa. Se observa resolución completa de las lesiones, con desaparición de hiperqueratosis, fisuras y descamación en las palmas.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



33. Localizaciones difíciles y sintomatología limitante: cómo mejorar la calidad de vida de un paciente joven.

Se expone el desafío que supone el manejo de la psoriasis en un paciente joven con intenso prurito, afectación de localizaciones complejas (genital, cuero cabelludo, pliegues) y una mala respuesta a múltiples terapias sistémicas.

Paciente varón de 18 años con antecedentes de psoriasis en placas desde los 16 años, síndrome de Gilbert y TDAH. Presentó un empeoramiento progresivo de su psoriasis, con afectación de cuero cabelludo, extremidades inferiores, espalda, pliegues y área genital. A pesar de recibir tratamiento con acitretino y posteriormente con adalimumab, la mejoría fue limitada y su calidad de vida se vio gravemente afectada. Se inició metotrexato subcutáneo como tratamiento coadyuvante, observándose una respuesta parcial. Finalmente, se decidió iniciar tratamiento con bimekizumab, logrando una remisión casi completa en pocas semanas, manteniéndose sin lesiones hasta la fecha.

Anamnesis

Anamnesis

- Varón de 18 años con diagnóstico previo de psoriasis en placas.
- Consulta por empeoramiento progresivo que no logra controlar con corticoides tópicos de media-alta potencia, asociados a calcipotriol y/o a queratolíticos.
- Niega dolor articular.
- Niega desencadenante que justifique el empeoramiento

Antecedentes personales

- No AMC
- Psoriasis en placas diagnosticada a los 16 años
- TDAH, Síndrome de Gilbert
- En estudio en M.interna por adenopatías



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

Psoriasis en placas e inversa grave en paciente con adenopatías pendientes de filiación.

Tratamiento

Enero 2022

- Se indica acitretino 0,4 mg/kg/día.
- Se ajusta tratamiento tópico con betametasona + calcipotriol.
- Se mantiene bien controlado. PASI <1.
- Medicina Interna descarta posibles causas de adenopatías (hemopatías malignas, infecciones, etc.).



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

Exploración física

- Placas eritemato-descamativas numerales en mmil (Fig.1) y región lumbar.
- Eritema y descamación en cuero cabelludo, con afectación más intensa de la región frontal.
- Placas eritematosas brillantes de límite neto en axilas, pliegue interglúteo y región genital.
- Onicosis y pitting en 2 uñas de manos.

Índices de gravedad

- PASI 11.20, BSA 12.40%



Fig. 1. Placas numerales impetiginizadas en miembros inferiores

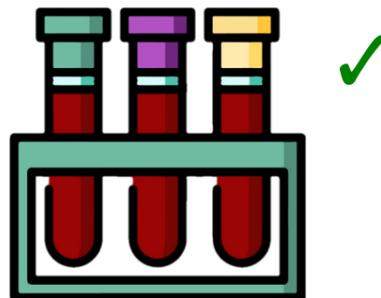
Exploraciones complementarias

Análisis de sangre

- Sin alteraciones salvo hiperbilirrubinemia en contexto de S. de Gilbert

Medicina interna

- Pendiente de resultados de pruebas complementarias por adenopatías.



Evolución



Evolución (Mayo 2024)

Anamnesis

- Muy afectado
- Empeoramiento especialmente en cuero cabelludo y región genital.
- Mucho picor que le impide el descanso nocturno y le interfiere con su vida diaria

Exploración física

- Placas psoriasisiformes impetiginizadas en mmil y región genital.
- Eritema e hiperqueratosis en cuero cabelludo.
- PASI 3.60, BSA 6%, PGA 2, EVA prurito 10, DLQI 20.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución (Julio 2024)

Tratamiento

- Bimekizumab 320 mg cada 4 semanas.

Evolución

- 20 días después de la primera dosis, se resuelve el picor y solo persiste eritema residual en región inguinal.
- PASI<1, BSA1%, EVA prurito 0.
- El paciente se mantiene bien controlado hasta la actualidad (Noviembre 2024).



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentario

- En ocasiones, la psoriasis afecta a **localizaciones difíciles de tratar** (genitales, pliegues, cuero cabelludo...), con un impacto desproporcionado en la calidad de vida, condicionando también las relaciones sociales^{1,2}.
- Las **escalas de gravedad** como el PASI (Psoriasis Area Severity Index) y el PGA (Physician´s Global Assessment) no evalúan adecuadamente la severidad en estas áreas, lo que puede llevar a **diagnósticos tardíos y tratamientos subóptimos**¹.
- **Bimekizumab** es un anticuerpo monoclonal que inhibe IL-17A e IL-17F, aprobado para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave³. Diversos estudios en práctica clínica real han demostrado mejoras rápidas y mantenidas en localizaciones difíciles^{4,5}.
- En el caso del paciente presentado, bimekizumab ha logrado una remisión casi completa en pocas semanas, mejorando significativamente su calidad de vida. Esto resalta la importancia de **opciones avanzadas para casos difíciles y refractarios** como el de este paciente, donde tratamientos previos no fueron suficientes⁶.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



34. Una eritrodermia cambiante. Cuando bloquear una vía no es suficiente.

Manejo de overlap eccema-psoriasis con doble fármaco en paciente con importante comorbilidad.

Presentamos el caso de un paciente con clínica cutánea de solapamiento eccema-psoriasis-pitiriasis rubra pilaris de difícil control, que presentó de forma añadida toxicodermia grave tipo DRESS durante uno de sus ingresos por eritrodermia. Estos pacientes con "solapamiento", presentan frecuentemente virajes hacia el polo eccematoso o al psoriasiforme, dependiendo del fármaco utilizado y la vía (Th1/Th2) bloqueada. El estudio del perfil de citoquinas en piel resultó útil de cara a seleccionar el tratamiento más adecuado para el paciente, lo cual podría resultar una técnica novedosa de cara a un abordaje terapéutico más personalizado en el futuro cercano. La adición de un inhibidor JAK (upadacitinib) a su tratamiento biológico con bimekizumab permitió una rápida mejoría con excelente control sin afectos adversos reseñables de la patología cutánea de un paciente con marcada morbilidad.

Destacamos la doble combinación de tratamiento biológico con inhibición JAK como una estrategia efectiva en pacientes con solapamiento eccema-psoriasis de alta complejidad como nuestro caso, como así ha sido reportado en la literatura.

Bibliografía

1. Merola JF, Qureshi A, Husni ME. Underdiagnosed and undertreated psoriasis: nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, genitals, hands, feet, and nails. *Dermatol Ther*. 2018; **31**:e12589.
2. Daudén E, Vidal D, Romero A, Borden MT, Rivera R, Márquez J, Zamora E, Martínez L, Ocaña MJ, Vila C, Iribarren P, Corona N, Zulaica A. Psoriasis Severity, Health-Related Quality of Life, Work Productivity, and Activity Impairments Among Patients With Moderate to Severe Psoriasis Receiving Systemic Treatment: Real-World Data From Clinical Practice in Spain. *Actas Dermosifiliogr*. 2024; **115**:T1-T9.
3. Armstrong A, Fahrback K, Leonardi C, Augustin M, Neupane B, Kazmierska P, et al. Efficacy of bimekizumab and other biologics in moderate to severe plaque psoriasis: a systematic literature review and a network meta-analysis. *Dermatol Ther*. 2022; **12**: 1777–1792.
4. Megna M, Picone V, Ventura V, Martora F, Ruggiero A, Fabbrocini G, Battista T. A case of scalp psoriasis resistant to ixekizumab treated with bimekizumab. *JAAD Case Rep*. 2023; **38**: 123-126.
5. Hagino T, Onda M, Saeki H, Fujimoto E, Kanda N. Effectiveness of bimekizumab for genital, nail, and scalp lesions with psoriasis: A 24-week real-world study. *J Dermatol*. 2024.
6. Mataix J, García L, Belinchón I, Ruiz Carrascosa JC, de la Cueva P, Carrascosa JM. Moderate to Severe Psoriasis in Older Adults: Recommendations on Management from the Psoriasis Working Group of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV). *Actas Dermosifiliogr*. 2023; **114**:802-811.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Anamnesis

Varón de 63 años, sin alergias conocidas. Exfumador, bebedor de 2 cervezas al día. Obesidad. Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño en tratamiento con CPAP. Tromboembolismo pulmonar en 2018 anticoagulado desde entonces con Apixaban. Infección tuberculosa latente diagnosticada en 2021 sin tratar. Diagnóstico en Agosto de 2022 de inmunodeficiencia combinada de inicio tardío ante hallazgo de hipogammaglobulinemia, en tratamiento desde entonces con inmunoglobulinas intravenosas mensuales. AF: un hijo con colitis ulcerosa.

Historia de dermatitis atópica desde la infancia en control con tópicos hasta brote importante de lesiones que precisa de atención en la urgencia en Marzo de 2023, presentando exantema atópico a expensas de placas eccematosas sobre todo en brazos, tronco anterior y espalda con escala EVA de prurito 9 sobre 10, EASI 22, IGA 4, DLQI 9 (Fig.1)



Fig 1. Exantema atópico a expensas de placas eccematosas con marcada afectación troncular, EASI 22.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Anamnesis

Se decide inicio de Dupilumab (con dos biopsias previas de liquen simple crónico y dermatitis espongiforme). Dos meses después en Mayo de 2023, sin mejoría, ingresa de forma programada para baños terapéuticos considerando fracaso de Dupilumab. Durante este ingreso presentó un empeoramiento súbito generalizado con edema facial marcado, aumento de eosinófilos y transaminasas interpretado como toxicodermia tipo DRESS en posible relación con Levofloxacino por cuadro respiratorio 1 mes antes (Fig 2.) Se realizan dos biopsias cutáneas durante este ingreso, una al inicio del mismo que es informada como dermatitis psoriasiforme, y una cercana al alta informada como proceso liquenoide con reordenamiento TCR gamma policlonal en piel y sangre periférica, descartándose razonablemente un proceso linfoproliferativo. Se va de alta con ciclosporina, prednisona a dosis bajas e inicia isoniazida de cara a tratamiento de su infección tuberculosa latente.



Fig 2. Eritrodermia psoriásica al ingreso en el que el paciente presentó toxicodermia DRESS sobreañadida a su cuadro cutáneo. Llevaba dos meses de tratamiento con Dupilumab.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Anamnesis

El paciente presentó subóptimo control de sus lesiones con el tratamiento al alta, con presentaciones clínicas sugestivas de psoriasis vs pitiriasis rubra pilaris, por lo que se decide inicio de tratamiento biológico anti-IL23 con Risankizumab en Junio de 2023 junto con su ciclosporina y prednisona a dosis bajas. Tres meses después, habiendo recibido tres dosis de Risankizumab, el paciente presenta nuevo brote de eritrodermia que precisa nuevo ingreso, durante el cual inicia tratamiento con Acitretina 45 mg y Aprepitant por el intenso prurito.

En Noviembre de 2023 (tras 5 meses desde el inicio de Risankizumab), y ante la persistencia de lesiones con PASI >20, se decide cambio terapéutico de Risankizumab a Bimekizumab (anti-IL17A y F) con dosis de inducción junto a su ciclosporina a dosis baja y Acitretina (Fig 3.)



Fig 3. Persistencia de extensas placas psoriasiformes con PASI global mayor de 20, tras cinco meses de tratamiento con Risankizumab

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Anamnesis

En Enero de 2024, el paciente es presentado en sesión clínica con inmunología donde se decide realización de nueva biopsia cutánea para estudio de citoquinas, se suspende Acitretina e inicia Upadacitinib 15 mg día con reducción progresiva de Ciclosporina de mutuo acuerdo y tras sopesar riesgo/beneficio dados antecedentes del paciente (TEP, obesidad e inmunodeficiencia).

El resultado del estudio de citoquinas reveló que en piel patológica respecto a la piel sana las IL-17A e IL-13 fueron las más expresadas. En menor medida, la expresión génica de las citoquinas IL-22 e IL-23 estaban también aumentadas en tejido patológico con respecto al tejido sano, teniendo en cuenta en la interpretación de los resultados el historial de tratamientos previos recibidos por el paciente (había recibido Risankizumab durante el año previo y estaba en tratamiento activo con Bimekizumab).

Exploración física

El paciente ha alternado presentaciones más sugestivas de dermatitis atópica (al inicio del cuadro, y tras la monoterapia con Bimekizumab), con confirmación histológica de espongiosis. Por otra parte, el inicio de tratamiento con Dupilumab desencadenó una dermatitis psoriasiforme severa, con varias biopsias confirmatorias y una de ellas sugestiva de pitiriasis rubra pilaris, que en ocasiones alcanzaron la eritrodermia y precisaron ingreso.

* Las presentaciones clínicas con fotografía y las cronologías se especifican en ANAMNESIS y EVOLUCIÓN.

Tratamiento

TRATAMIENTO ACTUAL

- Bimekizumab 320 mg cada 8 semanas (Desde Noviembre de 23, en actual tratamiento)
- Upadacitinib 15 mg (Desde Febrero de 2024, en actual tratamiento)

TRATAMIENTOS PREVIOS

- Corticoterapia tópica desde la infancia (Diagnóstico de dermatitis atópica)
- Dupilumab 300 mg cada 2 semanas (Marzo a Mayo 2023) > suspendido por falta de eficacia y viraje a psoriasis / PRP.
- Cislosporina (cénit 4mg/kg) + Acitretina (cénit 45 mg), progresivamente retirados. Bajo diagnóstico de proceso psoriasiforme.
- Risankizumab (Junio a Noviembre 23, falta de eficacia), con diagnóstico histológico de psoriasis.

Evolución

El paciente está en actual tratamiento con Bimekizumab 320 mg cada 8 semanas + Upadacitinib 15 mg día con un adecuado control de sus lesiones.

Un mes después de inicio de Upadacitinib (Marzo 2024), presentaba un PASI 12. En Julio de 2024, 4 meses tras inicio de Upadacitinib presentaba PASI 1. Actualmente se encuentra en PASI 0 sin picor (Fig 4.).



Fig 4. Aclaramiento total de las lesiones del paciente (PASI 0), tras 11 meses de tratamiento con Bimekizumab y 7 meses de Upadacitinib 15 mg diario.

Exploraciones complementarias

Historico de biopsias.

- 10-2019 (previo inicio de Dupilumab): liquen simple crónico
- 06-2021 (previo inicio de Dupilumab): dermatitis espongiótica compatible con eczema
- 05-2023 (al ingreso por eritrodermia en tratamiento con Dupilumab): sugestiva de psoriasis.
- 06-2023 (al alta del ingreso por eritrodermia con Dupilumab): dermatitis liquenoide.
- 08-2023 (ante subóptimo control con Risankizumab): piel dermatitis psoriasiforme con acentuación perifolicular y dilatación infundibular, compatible con pitiriasis rubra pilaris
- 10-2023 (al cambio de Risankizumab por Bimekizumab por subóptimo control): dermatitis psoriasiforme.
- 01-2024 (en tratamiento con Bimekizumab, previo inicio de Upadacitinib): dermatitis psoriasiforme con espongiosis moderada (solapamiento eczema / psoriasis).

Diagnóstico

Solapamiento eczema-psoriasis-pitiriasis rubra pilaris.

Dermatitis atópica desde la infancia. En contexto de brote EASI 23, se inicia Dupilumab presentando viraje a una eritrodermia psoriasiforme, caracterizada clínico-histológicamente posteriormente como solapamiento eczema-psoriasis-pitiriasis rubra pilaris. De forma añadida, presentó toxicodermia grave tipo DRESS durante su primer ingreso por eritrodermia.

Comentario

Presentamos el caso de un paciente con clínica cutánea de solapamiento eczema-psoriasis-pitiriasis rubra pilaris de difícil control, que presentó de forma añadida toxicodermia grave tipo DRESS durante uno de sus ingresos por eritrodermia. Estos pacientes con "solapamiento", presentan frecuentemente virajes hacia el polo ecematoso o al psoriasiforme, dependiendo del fármaco utilizado y la vía (Th1/Th2) bloqueada¹.

El estudio del perfil de citoquinas en piel resultó útil de cara a seleccionar el tratamiento más adecuado para el paciente, lo cual podría resultar una técnica novedosa de cara a un abordaje terapéutico más personalizado en el futuro cercano.

La adición de un inhibidor JAK (Upadacitinib) a su tratamiento biológico con Bimekizumab permitió una rápida mejoría con excelente control sin afectos adversos reseñables de la patología cutánea de un paciente con marcada morbilidad.

Destacamos la doble combinación de tratamiento biológico con inhibición JAK como una estrategia efectiva en pacientes con solapamiento eczema-psoriasis de alta complejidad como nuestro caso, como así ha sido reportado en la literatura².

Bibliografía

1. Müller S, Welchowski T, Schmid M, et al. Development of a clinical algorithm to predict phenotypic switches between atopic dermatitis and psoriasis (the "Flip-Flop" phenomenon). *Allergy*. 2024;79(1):164-173. doi:10.1111/all.15921
2. Barry K, Zancanaro P, Casseres R, Abdat R, Dumont N, Rosmarin D. Concomitant atopic dermatitis and psoriasis - a retrospective review. *J Dermatolog Treat*. 2021;32(7):716-720. doi:10.1080/09546634.2019.1702147

35. Este caso me trae de cabeza.

Creemos que el caso es de interés por afectar de forma tan grave a una localización especial y la buena y rápida respuesta a la terapia indicada.

Presentamos el caso de una paciente con psoriasis cutánea y articular con reacción paradójica a adalimumab. La afectación fue especialmente grave a nivel de cuero cabelludo, cursando con una alopecia grave. Debido a este efecto secundario, se inició tratamiento con bimekizumab, solapado al inicio con ciclo corto de ciclosporina, con una buena y rápida respuesta.

Anamnesis

Presentamos el caso de una mujer de 37 años, peluquera, fumadora y con heterotopia cerebral como únicos antecedentes de relevancia. Presenta lesiones que, en sus inicios, evolucionaban por brotes y afectaban fundamentalmente a piernas de, al menos, unos 5 años de evolución, pero posteriormente se tomaron fijas. Fue diagnosticada de psoriasis y derivada a Reumatología para seguimiento conjunto.

Inicialmente se realiza tratamiento con metotrexato a dosis de 10 mg semanales con buena respuesta articular y tolerancia, aunque baja efectividad a nivel cutáneo. Por este motivo se decide iniciar adalimumab biosimilar a dosis de 40 mg cada dos semanas.

A las 10 semanas de iniciar la terapia anterior, la paciente adelanta su cita de revisión por empeoramiento marcado. Se quejaba, sobre todo, de lesiones a nivel de cuero cabelludo, zona anteriormente libre de la enfermedad, así como de una pérdida intensa de cabello. Los síntomas articulares permanecían bien controlados.

Tratamiento

Se inició tratamiento con bimekizumab con pauta de inducción y posteriormente mantenimiento según dosis de artritis psoriásica. Al inició se solapó con ciclo corto de ciclosporina a dosis bajas de 3 mg/kg/día durante 2 semanas y bajada progresiva de cara a suspenderla antes de terminar la inducción.

Evolución

La evolución de la paciente fue muy favorable, sobre todo desde el punto de vista cutáneo. Tras la pauta de inducción, había presentado mejoría notable de las placas de psoriasis a todos los niveles, incluido plantas (figura 3), y con repoblamiento capilar notable (figura 4). La ganancia paulatina de densidad capilar y la respuesta cutánea se mantiene en visitas progresivas.



Figura 1: mejoría de la afectación plantar tras 12 semanas de uso de bimekizumab

Figura 3: mejoría de cuero cabelludo a las 12 semanas de inicio de bimekizumab con repoblamiento casi completo.

Exploración física

Placas eritemato-descamativas en palmas, plantas (figura 1), codos y cuero cabelludo con pérdida de la práctica totalidad de los cabellos a nivel interparietal (figura 2).



Figura 1: afectación plantar tras uso de adalimumab y antes de cambio de terapia

Figura 2: afectación de cuero cabelludo con alopecia tras uso de adalimumab y antes de cambio de terapia

- BSA = 25%
- PASI = 32'5
- EVA prurito = 10/10
- EVA dolor = 8

Exploraciones complementarias

Se realizaron analíticas estándar, serología y pruebas para despistaje de infección tuberculosa latente que fueron negativas.

Diagnóstico

Reacción paradójica a adalimumab con alopecia asociada en paciente con enfermedad psoriásica cutánea y articular.

Comentario

La psoriasis paradójica es un fenómeno que puede ocurrir en pacientes tratados con terapias a priori efectivas frente a esta enfermedad. Es especialmente entre aquellos tratados con fármacos anti-TNF, presentándose hasta en el 10% de los casos. En aquellas personas en las que existía previamente una psoriasis pueden aparecer lesiones en zonas anteriormente libres de la enfermedad. Tal es el caso que presentamos, el cual cursó con una presentación especialmente grave, si bien generalmente reversible, como es la alopecia psoriásica, pero que también está descrita como reacción a estos fármacos.

Cuando ocurre una reacción de este tipo, se recomienda realizar un cambio de diana terapéutica. Por su perfil de eficacia y la aprobación tanto a nivel cutáneo como articular, elegimos bimekizumab. Además, la experiencia en vida real reportada recientemente avala también su efectividad a nivel de cuero cabelludo y lo convierte en una alternativa a tener en cuenta ante una psoriasis paradójica donde esta zona se encuentre afectada.

Bibliografía

- Abdelghaffar M, Kottlilil S, Murphy MJ, Cohen JM, Damsky W. Paradoxical Psoriasis. Dermatol Clin. 2024 Jul;42(3):471-480. doi: 10.1016/j.det.2024.02.011. Epub 2024 Apr 10. PMID: 38796276.
- Özkur E, Altunay İK, Leblebici C, Topkarcı Z, Erdem Y. Adalimumab-induced scalp psoriasis with severe alopecia. Dermatol Ther. 2019 Sep;32(5):e13033. doi: 10.1111/dth.13033. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31350777.
- Thapar M, Patel M, Gordon K. Bimekizumab for the treatment of psoriasis. Immunotherapy. 2024 Apr;16(7):431-446. doi: 10.2217/imt-2023-0240. Epub 2024 Mar 20. PMID: 38506262.
- Hagino T, Onda M, Saeki H, Fujimoto E, Kanda N. Effectiveness of bimekizumab for genital, nail, and scalp lesions with psoriasis: A 24-week real-world study. J Dermatol. 2024 Aug 12. doi: 10.1111/1346-8138.17427. Epub ahead of print. PMID: 39133570.



36. Uno para todos.

Presentamos el caso porque se engloban las tres indicaciones en ficha técnica de bimekizumab en una sola paciente que, además, presentaba grandes comorbilidades tanto físicas como psiquiátricas.

Nuestra paciente es una mujer de 40 años con importantes comorbilidades físicas (alcoholismo, ingesta de tóxicos, HTA y DM2 con mal control, obesidad mórbida que le dificultaba la deambulaci3n, SAHS, insuficiencia respiratoria cr3nica) y psiquiátricas (esquizofrenia hebefrénica con numerosos ingresos por intento autolítico). Presentaba psoriasis en placas y ungueal de años de evoluci3n que no respondía a tratamiento t3pico, fototerapia e inhibidores del TNF alfa, así como hidradenitis supurativa que requería tandas de antibioterapia sistémica peri3dica y artropatía psoriásica con brotes recurrentes de artritis y entesitis a pesar de tratamiento con metotrexato y prednisona.

Se inició tratamiento con bimekizumab a dosis de ficha técnica de psoriasis en placas, consiguiendo una notable mejoría de las tres afecciones (psoriasis en placas, hidradenitis supurativa y artropatía psoriásica), con buen perfil de seguridad a pesar de la importante comorbilidad.

Anamnesis

Antecedentes Personales

- Mujer 40 años.

Hábitos t3xicos:
fumadora y consumidora de alcohol y cocaína de forma esporádica. Además de abuso de benzodiazepinas.



Factores de riesgo cardiovascular: hipertensi3n arterial, diabetes mellitus con mal control glucémico, obesidad mórbida.



Otros AP:
- Síndrome de apnea-hipopnea del sueño.
- Insuficiencia respiratoria con oxigenoterapia domiciliaria.
- Hipertransaminasemia mantenida.



Psiquiátricos:
Diagnosticada desde la adolescencia de esquizofrenia hebefrénica en tratamiento con antipsic3ticos debido a la cual haba presentado numerosos intentos autolíticos que requirieron ingreso en Salud Mental.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagn3stico

PSORIASIS EN PLACA + UNGUEAL GRAVE + HIDRADENITIS SUPURATIVA HURLEY II + ARTROPATÍA PSORIÁSICA

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Tratamiento

Diciembre 2022

Se consensua con Reumatología iniciar tratamiento con **bimekizumab** a dosis de ficha técnica de psoriasis en placas.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Anamnesis

Historia dermato-reumatológica

Psoriasis de 12 años de evoluci3n, hidradenitis supurativa y artritis psoriásica.

Psoriasis

Tratamientos t3picos, fototerapia y metotrexato con escasa respuesta

Hidradenitis supurativa

Múltiples tandas de antibioterapia oral y t3pica.

Artritis psoriásica

Realizaba metotrexato y prednisona, con episodios recurrentes de sinovitis y artritis.

Se decide abordar integral...

Inicio de terapia biológica con inhibidores del TNF alfa.



- Mal control de la psoriasis y de la hidradenitis, con brotes de dactilitis y de artritis en manos.
- Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por neumonía grave.

Exploraci3n física

- Índice de masa corporal: 44.5.

- **Psoriasis cutánea:** placas eritemato-descamativas infiltradas en tronco, miembros inferiores y superiores. Mancha en aceite y onicosis distal en todas las uñas de manos y pies. Paroniquia. BSA 40, PASI 30, EVA prurito 8.

- **Hidradenitis supurativa:** un absceso en axila izquierda y dos n3dulos inflamatorios en axila derecha. IHS4: 3.

- **A nivel articular:** dactilitis en segundo dedo de mano izquierda, artritis en segunda y tercera interfalángicas distales de mano derecha.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evoluci3n

A las ocho semanas de iniciar bimekizumab...

- **Psoriasis cutánea:** discreta mejoría. Placas menos infiltradas. BSA 40, PASI 20.

- **Articular:** Persistía la clínica articular.

- **Hidradenitis supurativa:** resoluci3n de los n3dulos inflamatorios y abscesos.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evoluci3n

A las doce semanas de iniciar bimekizumab...

- A nivel cutáneo: notable mejoría de las lesiones. BSA 20, PASI 15.
- A nivel articular: disminuci3n del dolor, mejoría de la capacidad funcional.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Evolución

A semana 24...

- Continúa la mejoría progresiva.
- Notable mejoría a nivel ungueal.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Evolución

A semana 44...

La paciente había presentado ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria.

A pesar de ello:

- A nivel cutáneo se alcanza el PASI 99.
- Sin signos de hidradenitis supurativa.
- Sin clínica articular.



La paciente no presentó efectos adversos atribuibles a la medicación.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentario

Psoriasis como enfermedad multisistémica

Patología **crónica** que afecta a la piel y a otros órganos. Se asocia con importantes **comorbilidades**.

Papel interleucina (IL) 17

La IL17 está involucrada en la normal señalización intercelular. En la psoriasis se produce una **disregulación** de la misma, siendo más potente la implicación de la IL17-A, pero también de la F.

Bimekizumab

Anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige selectivamente a **IL-17A** e **IL-17F**. Tiene actualmente indicación para el tratamiento de la **psoriasis en placas**, **artropatía psoriásica** e **hidradenitis supurativa**.

¿Qué sucede cuando se añan las tres patologías en un mismo paciente?

Eficacia

En nuestro caso necesitábamos un fármaco que fuera eficaz para psoriasis en placas con afectación de áreas especiales, para hidradenitis supurativa y para artropatía psoriásica.

Seguridad

Paciente con **pluripatología grave**.

Comodidad

Como la paciente presentaba esquizofrenia mal controlada, el fármaco debía tener una pauta que nos asegurara un **adecuado cumplimiento**.

Bimekizumab se posiciona como un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento concomitante de psoriasis en placas, artropatía psoriásica e hidradenitis supurativa

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Bibliografía

Gordon, KB, et al. The Lancet. 2021;397(10273):475-486. 2. Warren RB, et al. N Engl J Med. 2021. 3. Reich K, et al. Lancet. 2021;397(10273):487-498. 4. Reich K, et al. N Engl J Med. 2021.

Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013;133(2):377-385.

Qiu Y, Zhu Y, Liu Y, Liu Q. Efficacy and safety of bimekizumab for the treatment of psoriasis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Dermatolog Treat. 2023 Dec;34(12):2199-206. doi: 10.1080/09546634.2023.2199106. PMID: 37010492.

Gargiulo L, Narcisi A, Ibbá L, Balato A, Bianchi L, Brianti P, Buononato D, Burlando M, Caldarola G, Campanati A, Campione E, Carrera CG, Carugno A, Cristaudo A, Cusano F, Dapavó P, Dattola A, De Simone C, Gaiani FM, Gisoni P, Giunta A, Loconsole F, Maione V, Mortato E, Marzano AV, Maurelli M, Megna M, Mercuri SR, Offidani A, Orsini D, Parodi A, Pellacani G, Potesio L, Quaglinò P, Ricchetti AG, Romano F, Sena P, Venturini M, Malagoli P, Costanzo A. Effectiveness and safety of bimekizumab for the treatment of plaque psoriasis: a real-life multicenter study-IL PSO (Italian landscape psoriasis). Front Med (Lausanne). 2023 Aug 8;10:1243843. doi: 10.3389/fmed.2023.1243843. PMID: 37614958; PMCID: PMC10442506.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



37. Desafío dermatológico: psoriasis grave en un paciente con VIH no controlado.

Descripción de un caso de psoriasis grave en un paciente con VIH de mal control con respuesta completa a fármacos antirretrovirales.

Varón de 62 años con VIH no tratado, coinfección con VHC tratada, y antecedentes de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Presentaba psoriasis grave en palmas, plantas, genitales, tronco y extremidades. Inicialmente tratado con acitretino, se suspendió por nefropatía túbulo-intersticial y se inició terapia antirretroviral (dolutegravir y darunavir/cobicistat) y clobetasol y urea al 10% en oclusión como tratamiento tópico. Tras 3 meses de tratamiento antirretroviral, las lesiones cutáneas se resolvieron y los parámetros del VIH se normalizaron. Después de un año el paciente no ha vuelto a presentar lesiones de psoriasis, en tratamiento antirretroviral con buena adherencia. Este caso resalta la importancia del control del VIH en el manejo de la psoriasis grave.

Anamnesis

- Varón de 62 años con diagnóstico de infección por VIH desde 1988 y falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, sin terapia durante el último año.
- Coinfección previa con VHC tratada. Hábitos tóxicos: consumo de alcohol (1.5 litros de cerveza/día), fumador activo (12 cigarrillos/día) y antecedente de consumo de heroína, cocaína y cannabis.
- Acudió derivado del Servicio de Urgencias a consulta de Dermatología por aparición de lesiones cutáneas en palmas, plantas, tronco, extremidades y genitales, con una evolución de dos meses.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física

En la exploración física se observaban:

- Lesiones cutáneas en forma de placas eritemato-descamativas hiperqueratósicas, bien delimitadas, localizadas en el dorso de manos y región palmar, con fisuras profundas (Fig. 1 A y B).
- Afectación ungueal en todas las uñas de ambas manos, presentando distrofia, onicólisis, manchas de aceite y pitting (Fig. 1 A y B).
- En pies, se observaban placas eritemato-descamativas con marcada hiperqueratosis plantar y afectación ungueal generalizada con onicólisis y onicogriposis en la primera uña (Fig. 2 A y B).
- Placas hiperqueratósicas sobre base eritematosa adicionales en tronco, antebrazos, región periumbilical, hipogastrio, genitales, ingles y muslo izquierdo, con tamaño de entre 1 y 6 cm (Fig. 3). No presentaba artralgias.



Figura 1 (A y B). Placas eritemato-descamativas hiperqueratósicas bien delimitadas, en dorso de manos y región palmar con fisuras profundas asociadas. Afectación ungueal en forma de distrofia, manchas de aceite y pitting.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:





Figura 2 (A y B). Placas eritemato-descamativas en el dorso y en todos los dedos de ambos pies, importante afectación plantar hiperqueratósica y ungueal con hiperqueratosis y onicogriposis en la primera uña.



Figura 3. Placas hiperqueratósicas sobre base eritematosa de entre 1 y 6 cm en tórax, antebrazos, región periumbilical, hipogastrio, genitales, ingles y muslo izquierdo.

Tratamiento

- Acitretino 10 mg/24 horas y clobetasol tópico al 0,05% y urea al 10% en oclusión.
- Ante la escasa respuesta inicial, se aumentó acitretino a 25 mg/24 horas tras seis semanas. Sin embargo, el tratamiento se suspendió por sospecha de nefropatía túbulo intersticial con creatinina elevada (6,2 mg/dl), que mejoró al retirar el fármaco.
- Se instauró tratamiento antirretroviral con dolutegravir 50 mg cada 24 horas y darunavir 800 mg/cobicistat 150 mg cada 24 horas.



Evolución

Al inicio del tratamiento los parámetros de valoración de gravedad y extensión de la psoriasis eran:

- BSA (Body Surface Area): 17 %
- PASI (Psoriasis Area and Severity Index): 14,8
- PGA (Physician's Global Assessment): 4
- EVA (Escala Visual Analógica) prurito : 6
- PURE-4: 0
- DLQI (Dermatology Life Quality Index): 15



Exploraciones complementarias

Analítica sanguínea inicial:

- Infección por VIH en estadio C3 con linfocitos CD4: 60 células/mm³.
- Carga viral de VIH: 194.000 copias/ml.



Diagnóstico

Psoriasis grave secundaria a inmunosupresión por VIH sin tratamiento antirretroviral.



Evolución

A los 3 meses de tratamiento antirretroviral presentó resolución completa de las lesiones (Fig. 4):

- BSA (Body Surface Area): 0 %
- PASI (Psoriasis Area and Severity Index): 0
- PGA (Physician's Global Assessment): 0
- EVA (Escala Visual Analógica) prurito: 0
- PURE-4: 0
- DLQI (Dermatology Life Quality Index): 0



Figura 4. Resolución completa de las lesiones a los 3 meses de iniciar tratamiento antirretroviral.

Evolución

En la analítica sanguínea de control a los 3 meses presentaba mejor control inmunológico:

- Linfocitos CD4: 212 células/mm³ (previo: 60 células/mm³).
- Carga viral del VIH: 98 copias/ml (previo 194.000 copias/ml).

Tras un año de buena adherencia al tratamiento antirretroviral el paciente no ha vuelto a presentar nuevos brotes de psoriasis.



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Comentario

- Presentamos un caso de psoriasis grave en un paciente con VIH sin tratamiento antirretroviral con niveles bajos de linfocitos CD 4 y carga viral elevada. Este caso resalta la necesidad de evaluar el estado del VIH en pacientes con brotes extensos de psoriasis, ya que el mal control del VIH puede agravar la psoriasis^{1,2}.
- Por otro lado, en pacientes no diagnosticados de VIH se debe sospechar la infección por el mismo ante brotes extensos de psoriasis y/o manifestaciones atípicas^{1,2}.
- Respecto a la localización de las lesiones, los pacientes con VIH presentan con más frecuencia psoriasis grave con afectación palmo-plantar^{1,2}.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



38. Cabeza de toro, manos de cristal.

Se trata del primer caso descrito en la literatura de un paciente de raza caucásica en el que se ha tratado un síndrome SAPHO exitosamente con ixekizumab, consiguiendo una respuesta completa cutánea y articular durante más de un año.

Paciente de 49 años que debuta con un cuadro de artritis y osteitis esternoclavicular y costocondral confirmadas mediante gammagrafía ósea, aproximadamente un año después del inicio del cuadro la paciente comienza con un cuadro de pustulosis palmoplantar dolorosa y muy limitante. En base a la afectación cutánea y ósea se realiza el diagnóstico de síndrome SAPHO. Tras el fracaso de mas de 5 tratamientos, incluyendo al menos dos fármacos biológicos se inicia tratamiento con ixekizumab consiguiendo una respuesta rápida, completa y sostenida de los síntomas tanto cutáneos como articulares.

Anamnesis

Paciente de 49 años sin alergias conocidas ni antecedentes personales de interés. No fumadora.

Valorada inicialmente en reumatología por cuadro de **dolor torácico de años de evolución**. Inicialmente diagnosticado como costocondritis, fue tratada con antiinflamatorios no esteroideos con escasa mejora.

Aproximadamente un año después del inicio del dolor comenzó a desarrollar **lesiones cutáneas en palmas y plantas** sin prurito asociado, pero con empeoramiento progresivo que condonaba **importante limitación funcional y dolor**. Había sido tratada previamente con corticoides tópicos con cierta mejoría, pero sin conseguir nunca una resolución completa del cuadro.

La paciente negaba fiebre, dolor articular a otros niveles, así como otras lesiones cutáneas. No refería ningún antecedente personal ni familiar de enfermedades cutáneas.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Comentario

- La remisión de las lesiones cutáneas se logró principalmente con el tratamiento antirretroviral, subrayando la importancia de abordar la infección subyacente para el manejo efectivo de la psoriasis en pacientes VIH positivos.
- Otras opciones de tratamiento son los corticoides tópicos, fototerapia, retinoides orales y apremilast^{3,4}. También se han descrito casos refractarios con utilización de inmunosupresores clásicos como metotrexato y fármacos biológicos (anti-TNF, anti IL12/23, anti IL-23 y anti IL-17) con buena respuesta y seguridad³⁻⁸.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Bibliografía

1. Bobotsis R, Brathwaite S, Eshtiaghi P, et al. HIV: Inflammatory dermatoses. Clin Dermatol 2024; 42:169–79.
2. Queirós N, Torres T. Psoriasis asociada al VIH. Actas Dermosifiliogr 2018; 109:303–11.
3. Sood S, Geng R, Heung M, et al. Use of biologic treatment in psoriasis patients with HIV: A systematic review. J Am Acad Dermatol 2024; 91:107–8.
4. Jugovac V, Gulin M, Barić D, et al. Treatment of plaque-psoriasis in HIV-positive patients. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat 2024; 33:37–40.
5. Bernardini N, Skroza N, Tolino E, et al. HIV positive patient treated with ixekizumab. Clin Ter 2022; 173:195–7.
6. Qin H, Lu J, Yi X, et al. Secukinumab treatment for a psoriasis patient co-infected with HIV and latent tuberculosis: A case report. J Dermatol 2022; 49–6.
7. Gong J, Wu W, Qiu L, et al. Interleukin-17A Inhibitor Secukinumab Treatment in HIV-Positive Psoriasis Patient: A Case Report. Clin Cosmet Investig Dermatol 2022; 15:2949–56.
8. Estevinho T, Freitas E, Torres T. Risankizumab, a therapeutic alternative for psoriasis in people living with HIV. J Int Med Res 2024; 52.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploración física

Lesiones palmoplantares en forma de **placas eritematodescarnativas con descamación gruesa de aspecto psoriasisiforme** sobre las que asentaban **pústulas en distintos estadios evolutivos** (Figura 1). No presentaba lesiones cutáneas a otros niveles ni lesiones en mucosas.

En el resto de la exploración se apreciaba **tumefacción y dolor a la palpación de las articulaciones esternoclaviculares**.

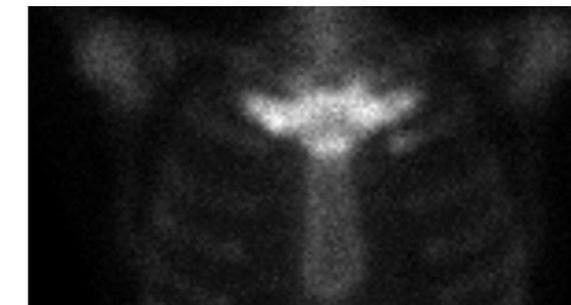


RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Exploraciones complementarias

Se realizó una gammagrafía ósea que confirmó artritis y osteitis esternoclavicular y costocondral severa, con una **imagen gammagráfica característica en "cabeza de toro"** (Figura 2).



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS



Diagnóstico

El desarrollo de pustulosis palmoplantar sumado a la característica artritis esternoclavicular permitió realizar el diagnóstico de **Síndrome SAPHO** (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis y Osteitis).

Tratamiento

La enfermedad se mostró refractaria a múltiples tratamientos incluyendo: Antiinflamatorios no esteroideos, zolendronato (fracaso primario), metotrexato (suspendido por fracaso secundario), acitretino (intolerancia y fracaso primario) adalimumab (fracaso secundario en menos de un año y aparición de opacidades pulmonares con estudio de infección tuberculosa latente negativo), apremilast (fracaso primario), secukinumab (fracaso secundario tras dos años, con escaso control de las lesiones cutáneas) y ustekinumab (fracaso primario tras seis meses sin respuesta). Finalmente se decidió conjuntamente por parte de Dermatología y Reumatología iniciar tratamiento con **ixekizumab** consiguiendo una **resolución completa de las lesiones cutáneas a los 2 meses de tratamiento** (Figura 3).



Evolución

Tras un año de tratamiento la paciente mantiene **respuesta completa tanto cutánea como articular**.

Comentario

El síndrome SAPHO es un síndrome autoinflamatorio en cuya etiopatogenia se ha implicado recientemente una sobreactivación de los linfocitos T helper Th17. Para su tratamiento se han usado principalmente inmunosupresores clásicos, y más recientemente fármacos biológicos como los anti TNF alfa, con resultados variables. Sin embargo, dado que es una patología poco frecuente no existe un consenso claro sobre el tratamiento, especialmente en casos refractarios.

Se trata del primer caso de síndrome SAPHO en población caucásica tratado exitosamente con ixekizumab. Solo existe un caso previo publicado, correspondiente a una paciente mujer de 29 años de raza asiática que también presentó respuesta completa a las 12 semanas de tratamiento, así como mejoría de la afectación osteoarticular.

El síndrome SAPHO continúa siendo un desafío terapéutico, el bloqueo de la IL-17, se presenta prometedor como alternativa a casos refractarios de esta patología.

Bibliografía

1. Kishimoto M, Taniguchi Y, Tsuji S, Ishihara Y, Deshpande GA, Maeda K, Okada M, Komagata Y, Kobayashi S, Okubo Y, Tomita T, Kaname S. SAPHO syndrome and pustulotic arthro-osteitis. Mod Rheumatol. 2022 Jul 1;32(4):665-674. doi: 10.1093/mr/roab103 PMID: 34967407.
2. Firinu D, Barca MP, Llorral MM, Perra S, Cabras S, Muggianu E, Di Martino ML, Manconi PE. Del Giacco SR. TH17 cells are increased in the peripheral blood of patients with SAPHO syndrome. Autoimmunity. 2014 Sep;47(6):389-94. doi: 10.3109/08918934.2014.906582. Epub 2014 Apr 10. PMID: 24720503.
3. Przepiera-Będzak H, Brzosko M. SAPHO syndrome: pathogenesis, clinical presentation, imaging, comorbidities and treatment: a review. Postepy Dermatol Alergol. 2021 Dec;38(6):937-942. doi: 10.5114/ada.2020.97394. Epub 2020 Jul 23. PMID: 35125997; PMCID: PMC8802951.
4. Przepiera-Będzak H, Brzosko M. SAPHO syndrome: pathogenesis, clinical presentation, imaging, comorbidities and treatment: a review. Postepy Dermatol Alergol. 2021 Dec;38(6):937-942. doi: 10.5114/ada.2020.97394. Epub 2020 Jul 23. PMID: 35125997; PMCID: PMC8802951.
5. Daoussis D, Konstantopoulou G, Kraniotis P, Sakkas L, Lioussis SN. Biologics in SAPHO syndrome: A systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2019 Feb;48(4):618-625. doi: 10.1016/j.semarthrit.2018.04.003. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29773231.
6. Xia R, Diao Z, Zhang Z, Liu J, Yin J. Successful treatment of synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis syndrome with ixekizumab. Clin Exp Dermatol. 2022 May;47(5):978-980. doi: 10.1111/ced.15087. Epub 2022 Jan 28. PMID: 35089610.

Autores

1. Brote de psoriasis pustulosa tras infección COVID-19 en paciente complejo.

Elena Lucía Pinto Pulido, Elena García Verdú, Paola Merlo Gómez, Laura Martínez Alcalde, Isabel Polo Rodríguez, M^a Susana Medina Montalvo y Ana Belén Piteiro Bermejo. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid.

2. Unas verrugas muy sorprendentes.

Adolfo Alejandro Cabanillas Cabral¹, Sara Becerril Andrés¹, Ángel Santos-Briz Terrón², Gloria Baeza Hernández¹. | 1. Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

3. Una piel normalizada, una vida calmada.

An Wang, Luisa María Guzmán, Christian Gutiérrez Collar, Raquel Rivera Díaz. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

4. Psoriasis en placas y ungueal severa, en paciente con antecedente neoplásico, satisfactoriamente tratada con bimekizumab.

Miguel Mansilla-Polo^{1,2}, Daniel Martín-Torregrosa^{1,2}, Antonio Sahuquillo-Torralba^{1,2}, Rafael Botella-Estrada^{1,2,3}. | 1. Departamento de Dermatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. 2. Instituto de Investigación Sanitaria (IIS) La Fe, Valencia. 3. Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

5. A la sexta, va la vencida.

José Sáez Padilla¹, Sara García Rodiño², Luis Casas Fernández², Isabel Rodríguez Blanco¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Gil Casares, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. 2. Servicio de Dermatología, Hospital de Barbanza, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Ribeira.

6. Doctora, la psoriasis muy bien, pero ¿qué es este picor?

Lia Bejarano Antonio, Adolfo Alejandro Cabanillas Cabral, Mónica Roncero Riesco. | Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

7. Panadera en apuros.

Helena Izardo Ruiz. | Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Hospital Comarcal de Berga, Barcelona.

8. Desafío terapéutico cutáneo y articular conseguido con éxito con bimekizumab.

Cristina Romera de Blas, María Cotarelo Hernández, Elena R. Martínez Lorenzo. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

9. Una afectación de manos muy recalcitrante.

Ana Simón-Gozalbo¹, María Gamo-Guerrero¹, María Teresa Navío-Marco², Pablo de la Cueva Dobao¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. 2. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

10. Piel de diamante: inexpugnable ante múltiples terapias.

Carlos Fabián Figueroa Martín, Zaida Hernández Hernández. | Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

11. Largo camino hasta el éxito: un ejemplo de enfermedad refractaria.

María Ángeles Sirvent Sáez, Noemí Eiris Salvado. | Unidad de Dermatología Médico-quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

12. ¿Qué le pides a un tratamiento para una psoriasis grave a los 79 años? Rapidez, duración y seguridad.

José María Camino Salvador, Alicia Martínez Fernández, Isabel Zapata Martínez, Javier Torres Marcos, Iván Checa Recio, Clara Chiloeches Fernández, Consuelo Sánchez Herreros, Patricia González Muñoz, Adriana Martín Fuentes y Esther de Eusebio Murillo. | Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

13. Eficacia de bimekizumab en psoriasis pustulosa generalizada refractaria: informe de un caso con seguimiento a largo plazo.

Juan José Lluch Galcerá, Javier Fernández Vela, Antonio Guilabert Vidal, Carlos Muñoz. | Servicio de Dermatología, Hospital General de Granollers, Barcelona.

RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
CONCURSO DE CASOS CLINICOS

Organiza:



14. El caso de las tres “P”.

Sergio García González, Paula Soto Revuelta, Mariano Ara Martín, Lucía Prieto Torres. | Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

15. Gestante con erupción pustulosa generalizada.

Diego de la Vega Ruiz, Alejandra Méndez Valdés, Diana Patricia Ruiz Genao y José Luis López Estebaranz. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

16. Una psoriasis ungueal que se resistía.

Andrea Ciudad, Marta Ferrán, Fernando Gallardo. | Departamento de Dermatología, Hospital del Mar, Barcelona.

17. Bimekizumab, una molécula poliAcética.

Giulia Greta Dradi, María Castellanos González, Diana Patricia Ruiz Genao, José Luis López Estebaranz. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

18. Bimekizumab: un tratamiento innovador para pitiriasis rubra pilaris refractaria.

Trinidad Montero Vilchez, Carolina Montero Vilchez, Rosa Cantudo, Jesús Tercedor Sánchez. | Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

19. Una paradoja inusual resuelta con bimekizumab.

Esther Fiz Benito, Guillermo Servera Negre, Chamaida Plasencia Rodríguez, Pedro Herranz Pinto. | Hospital Universitario La Paz, Madrid.

20. Remisión rápida en psoriasis grave y artritis psoriásica refractarias tras tratamiento con bimekizumab.

Diego López Martínez, Julia Román Gómez, María Castillo Landete, Miguel Lova Navarro. | Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

21. ¿Es posible acertar con el tratamiento de la psoriasis en localizaciones difíciles?

Elena de Jesús García Verdú, Susana Medina Montalvo, Isabel Polo Rodríguez. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid.

22. Misión rescate: previniendo potenciales efectos adversos.

Sonsoles Berenguer-Ruiz, Mario Aparicio-Domínguez, Luisa Martos-Cabrera, Mar Llamas-Velasco. | Hospital de La Princesa, Madrid.

23. Y ahora, ¿qué tratamiento podemos escoger?

Kevin Díez Madueño, María Ángeles Martín Díaz, Ainhoa Roca Martiartu y Pablo de la Cueva Dobao. | Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

24. Paso a paso, de la mano, mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

María Gamó Guerrero, Diana Velázquez Tarjuelo, Ana Simón Gozalbo, Pablo de la Cueva Dobao. | Servicio de Dermatología, Hospital Infanta Leonor, Madrid.

25. Cuando trabajas con tus manos y el tratamiento se vuelve en tu contra.

Carmen Lucila Pérez León. | Servicio de Dermatología, Hospital Pius Valls, Tarragona.

26. Objetivo: dar en la diana cutánea y articular.

María Cotarelo Hernández, Elena R. Martínez Lorenzo. | Hospital Universitario de Toledo, Toledo.

27. Nuevos horizontes en el tratamiento de la pitiriasis rubra pilar.

Luis Feito-Sancho¹, Leticia Calzado-Villarreal¹, Javier Feito-Sancho², Ricardo Valverde-Garrido¹. | 1. Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), Madrid. 2. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA), Madrid.

28. Lesiones pustulosas recalcitrantes en palmas y plantas con afectación ungueal y de cuero cabelludo tratadas exitosamente mediante bimekizumab.

Tristán Gabriel Sobral Costas, Rafael Escudero Tornero, María Luisa Alonso Pacheco. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

29. Sí hay penitencia para la psoriasis.

Ignacio Torres Navarro, Rebeca Alcalá García, Ana López Sundh, Javier Sánchez Arráez. | Servicio de Dermatología, Hospital de Sagunto, Valencia.

30. Desafiando la retractariedad en la psoriasis.

Jorge Naharro Rodríguez, Luis Alonso Martínez de Salinas, Luis Alfonso Pérez González, María Asunción Ballester Martínez. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

31. Reacción cutánea aguda sobre dermatosis crónica tras ajuste de tratamiento sistémico.

Lorena Calderón-Lozano, Luisa María Guzmán-Pérez, An Wang, Raquel Rivera Díaz. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

32. Grietas que sanan: triunfo terapéutico con un tratamiento innovador.

Marc Falguera Mayoral, Jordi Mollet Sánchez, Vicente García-Patos Briones, Gloria Aparicio Español. | Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

33. Localizaciones difíciles y sintomatología limitante: cómo mejorar la calidad de vida de un paciente joven.

María López-Pardo Rico, Daniel González Vilas, Aquilina Ramírez Santos. | Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

34. Una eritrodermia cambiante. Cuando bloquear una vía no es suficiente.

Borja González Rodríguez, Lorena Calderón Lozano, An Wang, Raquel Rivera Díaz. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

35. Este caso me trae de cabeza.

Juan Ortiz Álvarez¹, Guiovana F Osorio Gómez¹, Julián Conejo-Mir Sánchez^{1,2}, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire¹. | 1. UGC Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, 2. Departamento de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla.

36. Uno para todos.

Carmen Cruz Catalán, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire, Julián Conejo-Mir Sánchez. | Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

37. Desafío dermatológico: psoriasis grave en un paciente con VIH no controlado.

Miguel Juan-Cencerrado, Irene Rivera-Ruiz, César Guijarro-Sánchez, Francisco Javier Gómez-García. | Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

38. Cabeza de toro, manos de cristal.

Luis Alfonso Pérez González, María Asunción Ballester Martínez. | Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

RETANANDO LA PSORIASIS

CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS

CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Patrocina:



Inspired by patients.
Driven by science.

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

