

RETANDO LA PSORIASIS

II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Patrocina:



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

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



1. Dos por uno.

Tratamiento dual de psoriasis e hidradenitis supurativa.

Presentamos el caso de una mujer en tratamiento con adalimumab que desarrolló psoriasis paradójica de localización palmo-plantar, genital y del cuero cabelludo, con posterior aparición de lesiones compatibles con hidradenitis supurativa. El abordaje terapéutico con bimekizumab permitió un control satisfactorio de ambas patologías, lo que subraya la relevancia de disponer de agentes biológicos con eficacia demostrada en dichas enfermedades inflamatorias de forma concomitante.

Anamnesis

Mujer de 44 años, fumadora activa y sin alergias a medicamentos conocidas. Como antecedentes personales relevantes destacaban un hipotiroidismo autoinmune en tratamiento con levotiroxina, fibromialgia y artritis psoriásica diagnosticada hacía diez años en otro centro hospitalario, en seguimiento por el servicio de reumatología. Desde hacía seis meses recibía tratamiento con adalimumab subcutáneo (80 mg cada dos semanas), con adecuado control de la afectación articular.

La paciente consultó al servicio de dermatología por la aparición progresiva, en las últimas tres semanas, de lesiones cutáneas dolorosas y pruriginosas, localizadas en palmas, plantas, cuero cabelludo y región genital, que limitaban de forma significativa su calidad de vida y su capacidad funcional. La paciente no refería cambios recientes en sus hábitos de vida ni exposición a nuevos agentes tópicos o sistémicos, salvo la terapia con adalimumab. Como antecedente relevante, refería un episodio de amigdalitis aproximadamente dos meses antes del inicio del cuadro cutáneo.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física

En la exploración se evidenciaban placas eritematosas con descamación gruesa superficial y fisuras dolorosas, bien delimitadas, en palmas (**Figura 1**) y plantas. Asimismo, presentaba eritema y descamación difusa en el cuero cabelludo, así como lesiones eritematosas en la región inframamaria.

A fin de objetivar la magnitud de la afectación cutánea, se aplicaron distintas escalas de valoración estandarizadas en psoriasis. Los resultados fueron los siguientes: un EASI de 11.40, un BSA del 18.50% un ccPGA de 2/4 y un ppPGA 2/4, hallazgos que correspondían a una enfermedad activa de intensidad moderada.



Figura 1. Eritema, descamación gruesa y fisuras en el dorso de ambas manos.

Exploraciones complementarias

Se realizaron las pruebas complementarias pertinentes de cribado, previo al inicio de terapia biológica: analítica sanguínea completa, radiografía de tórax y prueba de quantiferon, todas ellas dentro de la normalidad.

Además, se solicitó interconsulta a medicina preventiva, actualizándose el calendario vacunal.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Diagnóstico

Integrando los hallazgos clínicos, la evolución temporal de las lesiones y el contexto de tratamiento con adalimumab, se estableció la sospecha diagnóstica de **psoriasis paradójica secundaria al uso de un fármaco anti-TNF**.

Tratamiento

Ante este escenario, se decidió suspender adalimumab e iniciar tratamiento con ixekizumab, administrando una dosis de inducción de 160 mg por vía subcutánea en la semana 0, seguida de 80 mg cada dos semanas como pauta de mantenimiento.

Bibliografía

- Greer ME, Moran SK, Feldman SR. Bimekizumab-bkzx for the Treatment of Plaque Psoriasis: A Drug Review. Ann Pharmacother. 2025;59(6):577-584. doi:10.1177/10600280241288553
- Skrzypczak T, Skrzypczak A, Matusiak Ł, Szepietowski JC. An evaluation of bimekizumab for the treatment of hidradenitis suppurativa. Expert Opin Biol Ther. Published online June 21, 2025. doi:10.1080/14712598.2025.2522119

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución

Tras dos meses de tratamiento, la paciente presentó cierta mejoría cutánea, aunque en la exploración física de control se identificaron unos pequeños nódulos subcutáneos violáceos en la región inguinal y púbica, sugestivos de hidradenitis supurativa incipiente.

La coexistencia de ambas patologías inflamatorias, psoriasis e hidradenitis supurativa, planteó la necesidad de reconsiderar la estrategia terapéutica. En este contexto, se optó por iniciar tratamiento con bimekizumab, anticuerpo monoclonal que bloquea de manera dual IL-17A e IL-17F, con eficacia demostrada tanto en psoriasis en placas como en hidradenitis supurativa, a dosis de 320 mg por vía subcutánea en la semana 0, 4, 8, 12 y 16 y, a partir de entonces, cada 8 semanas de mantenimiento.

Tras tres dosis de bimekizumab, la paciente experimentó una notable mejoría clínica, alcanzando un EASI de <1, un ppPGA de 1/4 y un ccPGA de 1/4, además de una ausencia de actividad en cuanto a la hidradenitis supurativa. La mejoría se tradujo no solo en parámetros objetivos, sino también en un impacto positivo sobre la calidad de vida percibida, manteniéndose el tratamiento sin efectos adversos reseñables.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Comentario

La psoriasis paradójica asociada al uso de anti-TNF es un efecto adverso poco frecuente, pero de relevancia clínica, con especial predilección por las formas palmoplantares y del cuero cabelludo.

Su fisiopatología se relaciona con la disregulación de la vía del interferón tipo I y la activación del eje IL-23/IL-17 tras la inhibición del TNF- α . En este caso, la suspensión de adalimumab y el inicio de ixekizumab lograron un control parcial del cuadro, aunque la aparición de hidradenitis supurativa condicionó la necesidad de un nuevo ajuste terapéutico. El cambio a bimekizumab se tradujo en una respuesta clínica rápida y sostenida tanto de la psoriasis como de la hidradenitis supurativa.

Este caso ilustra la importancia de individualizar el tratamiento y resalta el valor de bimekizumab como opción eficaz y segura en pacientes con psoriasis e hidradenitis supurativa de forma concomitante.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS





2. El signo de la cuerda: un hallazgo inusual en la consulta de psoriasis.

Se trata del primer caso descrito de dermatitis granulomatosa intersticial en un paciente con psoriasis tratado con anti-TNF, que añade el hallazgo de un signo de la cuerda (*cord sign*) axilar bilateral, documentado mediante clínica, ecografía e histología. El caso muestra además la buena evolución tras la retirada del fármaco y el cambio a un inhibidor de IL-23, lo que refuerza el papel de esta vía terapéutica como alternativa en este escenario.

Paciente con psoriasis en placas de larga evolución, tratado con adalimumab durante más de 20 meses, que desarrolla de forma progresiva cordones axilares bilaterales dolorosos, llamativos por su morfología lineal subcutánea (signo de la cuerda). La exploración física y la ecografía demostraron un engrosamiento dermo-hipodérmico con induración hiperecogénica y cambios inflamatorios del tejido celular subcutáneo, mientras que la biopsia reveló un infiltrado granulomatoso intersticial difuso con abundantes histiocitos y eosinófilos, asociado a degeneración del colágeno con hendiduras (*clefting*) y haces de colágeno fragmentados rodeados por histiocitos (*floating sign*), hallazgos compatibles con dermatitis granulomatosa intersticial inducida por fármacos. Se decidió la retirada definitiva de adalimumab y el inicio de tratamiento con guselkumab (anti-IL-23), con lo que se consiguió una resolución completa de las lesiones cutáneas, desaparición de los cordones lineales y blanqueamiento sostenido de la psoriasis durante más de 100 semanas. Este caso representa la primera descripción de una dermatitis granulomatosa intersticial en un paciente con psoriasis tratado con anti-TNF, y aporta además la novedad de la documentación clínica, ecográfica e histológica del *rope sign*, junto a la buena respuesta tras la suspensión del anti-TNF y el cambio a un fármaco bloqueador de IL-23.

Anamnesis



Características del paciente
→ Varón
→ 47 años
→ Peso: 71 kg
→ Talla: 167 cm
→ IMC: 24.57 kg/m ²
→ Normotenso.
→ Fumador 10 cigarros/día

Paciente con Psoriasis vulgar desde 1992

- Brotes con afectación moderada-grave (PASI basal 10.5).
- Prurito.
- Localizaciones especiales: ungueal.

Tratamientos previos:

- **Tópicos:** ineficacia, mala adherencia
- **UVB-BE:** respuesta parcial y recidiva precoz
- **Sistémicos (ciclosporina, metotrexato):** suspendidos por dosis acumulada y pérdida de eficacia, respectivamente
- **Biológicos:** Adalimumab (2019)
 - × Humira®
 - × Duración de 16 semanas
 - × Respuesta cutánea parcial.
 - × Hulo®
 - × Duración aproximada de 104 semanas
 - × Respuesta cutánea completa (PASI 0).
 - × Efecto *end of dose*, sin posibilidad de optimización eficaz.

Tras 102 semanas desde el inicio de adalimumab biosimilar, aparición **progresiva de lesiones axilares lineales dolorosas** de crecimiento caudal.

No asociaba síndrome constitucional o clínica sistémica. Negaba nueva medicación. Negaba picaduras previas.

IMC: Índice de masa corporal. PASI: Psoriasis Area and Severity Index.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploraciones complementarias



Ecografía del tracto lineal (Fig. 2)

- Banda hipoeoica más ancha de lo habitual en la superficie, sugerente de un engrosamiento de la dermis
- Límite dermo-hipodérmico poco definido
- Engrosamiento focal evidente del tejido celular subcutáneo
- Hiperecogenicidad del adiposo (sugerente de proceso intersticial)
- Ausencia de estructuras vasculares dilatadas o trombosadas



Analítica

- Discreta leucocitosis
- PCR 7.5 VSG 28
- Dímero D normal
- ANA y FR negativos



Figura 2. Ecografía en región axilar derecha que muestra engrosamiento de la dermis y del tejido celular subcutáneo, con induración focal hiperecogénica y adiposo subyacente de mayor ecogenicidad.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploraciones complementarias



Biopsia de huso cutáneo profundo (Fig. 3)

- Epidermis sin alteraciones
- **Infiltrado intersticial difuso** en dermis profunda e hipodermis superficial (patrón **bottom-heavy**)
- **Histiocitos** de citoplasma amplio, con células gigantes nucleadas, dispuestos alrededor de los haces de colágeno fragmentado (**clefting**, **floating sign**)
- Sustitución del tejido adiposo superficial por colágeno esclerodermiforme
- Abundantes **eosinófilos**
- Sin vasculitis

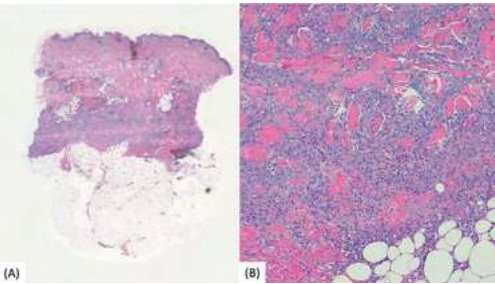


Figura 3. Estudio histopatológico. (A) Visión panorámica con patrón "bottom-heavy", mostrando un denso infiltrado intersticial en dermis profunda e hipodermis superficial, con sustitución del tejido adiposo superficial por colágeno esclerodermiforme (H&E, 2x). (B) Detalle: infiltrado compuesto por histiocitos CD68+, células gigantes multinucleadas y abundantes eosinófilos, que rodean haces de colágeno fragmentado ("clefting", "floating sign") (H&E, 20x).

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física

- **Trayectos lineales eritematosos (Fig. 1)**
 - Bilaterales
 - Siguiendo la línea axilar posterior
 - Infiltrados, con consistencia firme. "Se palpaban mejor que se veían"
 - Sin descamación, nódulos definidos o ulceración
 - Ausencia de circulación colateral
 - Ausencia de adenopatías palpables
- **Resto de exploración cutánea sin lesiones psoriásicas activas**



Figura 1. (A) Trayecto lineal eritematoso poco infiltrado en región axilar y torácica lateral derecha. (B) Palpación del cordón subcutáneo indurado en la línea axilar posterior derecha.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Diagnóstico

Dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) 1-4

- Presentación clínica: **cordones axilares bilaterales ("signo de la cuerda")**
- Histología compatible: infiltrado intersticial difuso **"bottom heavy"** con **histiocitos amplios y clefing**

¿DGI asociada a fármacos? 5,6

- Entidad descrita por **Magro et al. (1998)** 5 → "Interstitial Granulomatous Drug Reaction" (IGDR)
- Asociada a allopurinol, calcio-antagonistas, betabloqueantes, furosemida 6
- **Criterios de Magro (eosinofilia)**

¿Asociada a fármacos biológicos? 7-9

- Reacción granulomatosa descrita sobre todo con **anti TNF**, pero también **anti IL-6** 7-9
- Latencia variable, generalmente **lenta** (6 meses – 2 años) 7,8
- En nuestro caso, la erupción apareció tras **104 semanas (23 meses) de Adalimumab biosimilar**

1. Paroni A, Ziv A, Farnetti S, et al. Interstitial granulomatous dermatitis: a clinical entity with characteristic histologic and clinical pattern. Br J Dermatol. 2002;146:105-10. 2. Rosenblum M, English JC, et al. Reactive granulomatous dermatitis. Dermatol Clin. 2002;20:77-87. 3. Werning FS, Ockler L. Interstitial granulomatous dermatitis with arthritis presenting with the rope sign. Clin Exp Dermatol. 2012;38:284-5. 4. Tamasan C. Carbamazepine myalgia: a case-pathologic study of two cases presenting with the rope sign. J Cutan Med. 2011;47(10):21. 5. Magro DM, Clewson AN, Schupen BE. The interstitial granulomatous drug reaction: a distinctive clinical and histopathologic entity. J Cutan Pathol. 1998;15:114-8. 6. Shah R, Shah M, Shah M, Shah M, Shah M, Shah M. Granulomatous interstitial drug reaction: a cutaneous reaction. Am J Clin Dermatol. 2010;11:24-32. 7. Deng A, Harvey V, Siro R, et al. Interstitial granulomatous dermatitis associated with the use of fumaric acid esters. Arch Dermatol. 2008;144:1058-2010. 8. Martinez-Caballero A, Sicilia-Cabrero R, Sanchez-Torres C, Gualdoni C. Interstitial granulomatous drug reaction to adalimumab. Am J Dermatopathol. 2010;30:295-9. 9. Adams A, Iglesias-Sanchez M, Sola-Castaño MA, Novoa-Lantigua L, Fernandez-Figueroa M, Salazar. Reacción de hipersensibilidad granulomatosa dermatológica inducida por biológicos. Dermatol Ther. 2010;36:400-7.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Tratamiento

- **Suspensión de Adalimumab** por su asociación descrita a casos de DGI/IGDR en pacientes **con Artritis Psoriásica** 7,8
- **Cambio de biológico:** inicio de **Guselkumab (anti-IL23)**.
 - Mal control previo de su psoriasis de base (efecto *end of dose*)
 - Sin periodo de ventana
 - Sin inducción
 - Pauta de 100 mg cada 8 semanas

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Evolución

- A los 2 meses → clara mejoría clínica, desaparición del signo de la cuerda (Fig. 4)
- A los 4 meses → resolución completa de las lesiones
- A los 6 meses → optimización de Guselkumab 100 mg a cada 16 semanas
- A las 100 semanas de seguimiento posterior → sin recidiva.



Figura 4. Evolución clínica a los 2 meses de la suspensión de Adalimumab e inicio de Guselkumab. (A) Región axilar y pared torácica lateral izquierda: resolución casi completa, con cicatriz de la biopsia en huso; se aprecia eritema lineal caudal (*) sin dolor ni induración asociada. (B) Región axilar y pared torácica lateral derecha: resolución completa del cordón, sin induración ni eritema.

Comentario

No se han reportado casos de DGI/IGDR asociada a tratamientos biológicos en pacientes con Psoriasis

En pacientes con Artritis Psoriásica, la literatura solo recoge 2 casos (Tabla 1) 8,9

- Producidos por anti-TNF (Adalimumab)
- Latencia lenta (6 meses – 1 año)
- Presentación variable (placas, nódulos)

Alternativas terapéuticas en DGI/IGDR 1-6

- La suspensión del fármaco suele ser suficiente 8
- Existen casos refractarios 3-4,6
- Leloup et al. reportaron la resolución de una DGI refractaria con Ustekinumab, reforzando la lógica del bloqueo de IL-23 10

Nuestro caso → añade el valor de un “rope sign” axilar bilateral documentado clínicamente, con ecografía e histología en un paciente con Psoriasis en tratamiento con Adalimumab, y evolución favorable tras suspensión de anti-TNF y cambio a anti IL-23.

Autor, año	Fármaco	Indicación	Tiempo hasta aparición	Clínica	Criterios de Magro	Evolución
Deng, 2006	Adalimumab (Humira)	Artritis psoriásica	~12 m	Placas en tronco/muslos	Sí	Resolución tras retirada
Martorell, 2010	Adalimumab (Humira)	Artritis psoriásica	6 m	Nódulos en muslos	No	Resolución tras retirada
Nuestro caso, 2025	Adalimumab (Humira)	Psoriasis	~23 m	Cordones axilares (“rope sign”)	Sí	Resolución tras retirada y cambio a Guselkumab

Tabla 1. Casos reportados de dermatitis granulomatosa intersticial (DGI/IGDR) asociada a Adalimumab en pacientes con psoriasis o artritis psoriásica.

DGI: dermatitis granulomatosa intersticial. IGDR: Interstitial Granulomatous Drug Reaction.

3. Alteraciones ungueales aisladas en mujer joven con deseo gestacional: un reto diagnóstico y terapéutico.

La psoriasis ungueal aislada representa alrededor de un 6% de las formas de presentación de la enfermedad y suele estar infradiagnosticada. Su impacto funcional y estético puede ser tan incapacitante como la afectación cutánea extensa, por lo que se debe considerar el tratamiento biológico de forma precoz, de modo similar a la psoriasis cutánea.

Mujer de 32 años con antecedentes familiares de psoriasis y afectación ungueal aislada de 2 años de evolución, sin lesiones cutáneas ni criterios de artritis psoriásica, aunque con dolor intermitente en los dedos. Tras fracaso de tratamientos tópicos, se plantearon distintas opciones terapéuticas, descartándose metotrexato y acitretino por deseo gestacional futuro. Se inició adalimumab con excelente respuesta, consiguiendo NAPSÍ 0 y DLQI 0 a los 3 meses, sin efectos adversos. El caso destaca la utilidad de los biológicos en psoriasis ungueal aislada refractaria, un escenario clínico infrecuente pero altamente incapacitante.

Anamnesis

Mujer de 32 años, con antecedentes familiares de psoriasis (madre y hermana con formas cutáneas leves). Sin comorbilidades relevantes ni medicación habitual. Desde hace 2 años presenta alteraciones en las uñas de ambas manos, con empeoramiento progresivo. Realizó tratamiento previamente con laca de clobetasol propionato 8%, con leve mejoría inicial y posterior empeoramiento. Niega lesiones cutáneas en otra localización, artralgias ni otros síntomas sistémicos.

Refiere impacto muy negativo en su autoestima y limitación laboral (trabaja de atención al público), además de dolor ocasional en algunas uñas.

Bibliografía

- Peroni A, Zini A, Ferretti S, et al. **Interstitial granulomatous dermatitis**: a distinct entity with characteristic histological and clinical pattern. Br J Dermatol. 2012;166:775-83.
- Rosenbach M, English JC 3rd. **Reactive granulomatous dermatitis**. Dermatol Clin. 2015;33:373-87.
- Worshop FS, Ostlere L. **Interstitial granulomatous dermatitis with arthritis presenting with the rope sign**. Clin Exp Dermatol. 2013;38:564-5.
- Tomasini C. **Cordoniform morphea**: a clinicopathologic study of two cases presenting with the rope sign. J Cutan Pathol. 2016;43:613-22.
- Magro CM, Crowson AN, Schapiro BL. **The interstitial granulomatous drug reaction**: a distinctive clinical and pathological entity. J Cutan Pathol. 1998;25:72-8.
- Shah N, Shah M, Drucker AM, Shear NH, Ziv M, Dodiuk-Gad RP. **Granulomatous cutaneous drug eruptions: a systematic review**. Am J Clin Dermatol. 2021;22:39-53.
- Deng A, Harvey V, Sina B, et al. **Interstitial granulomatous dermatitis associated with the use of tumor necrosis factor inhibitors**. Arch Dermatol. 2006;142:198-202.
- Martorell-Calatayud A, Botella-Estrada R, Sanmartín O, Guillén C. **Interstitial granulomatous drug reaction to adalimumab**. Am J Dermatopathol. 2010;32:408-9.
- Altemir A, Iglesias-Sancho M, Sola-Casas MA, Novoa-Lamazares L, Fernández-Figueras M, Salleras-Redonnet M. **Interstitial granulomatous dermatitis following tocilizumab, a paradoxical reaction?** Dermatol Ther. 2020;33:e14207.
- Leloup P, Aubert H, Causse S, Le Goff B, Barbarot S. **Ustekinumab therapy for severe interstitial granulomatous dermatitis with arthritis**. JAMA Dermatol. 2013;149:626-7.

Exploración física

Presenta en todas las uñas onicólisis con borde ondulado con banda asalconada, leuconiquia y leve hiperqueratosis subungueal (Figura 1). Los hallazgos indican una psoriasis con predominio de afectación del lecho ungueal.

No se observan lesiones cutáneas en piel ni cuero cabelludo.

No dactilitis. Exploración osteoarticular normal.

Escalas

NAPSÍ total: 26/80

DLQI: 18/30 (impacto severo en calidad de vida)

PASI: 0 (sin afectación cutánea)

PURE4: 0



Figura 1. Onicólisis con borde ondulado con banda asalconada, leuconiquia y leve hiperqueratosis subungueal. Hallazgos muy sugestivos de psoriasis ungueal con predominio de afectación del lecho.

Exploraciones complementarias

- Onicoscopia**: se observa onicólisis con borde lineal ondulado y color blanco homogéneo (sin patrón en espigas ni líneas longitudinales) y banda eritematosa-asalconada (Figura 2). En el hiponiquio se visualizan capilares tortuosos y de distribución irregular. Todo ello muy característico de psoriasis del lecho ungueal

- Análítica completa**: sin alteraciones relevantes.

- Serologías** para hepatitis B, C, VIH y Mantoux: negativas.

- Radiografía de tórax**: sin alteraciones.

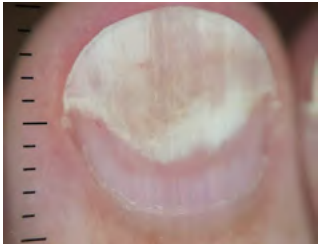


Figura 2. Onicólisis con borde ondulado y banda asalconada

Este caso resulta complejo e interesante por varios motivos. La **psoriasis ungueal aislada** es poco frecuente (6% de los pacientes con psoriasis sin afectación cutánea), y en este caso con gran repercusión funcional y psicosocial. Además, se trata de una mujer joven con **deseo gestacional**, lo que limita opciones clásicas como metotrexato o acitretino. El adalimumab consiguió no solo la resolución completa de las lesiones (NAPSI y DLQI 0 en 3 meses), sino también un posible efecto protector frente al desarrollo de artritis psoriásica, dada la presencia de dolor digital subclínico. Aunque algunos metaanálisis sugieren mayor eficacia de anti-IL17 como ixekizumab en psoriasis ungueal, este caso demuestra que los anti-TNF continúan siendo una alternativa muy válida, especialmente en contextos clínicos complejos.

4. Cuando el doble bloqueo marca la diferencia.

Respuesta a bimekizumab en psoriasis pustulosa palmoplantar grave refractaria a tratamiento con secukinumab (inhibidor de IL-17A), destacando el valor del doble bloqueo de IL-17A e IL-17F en formas refractarias de la enfermedad.

Se trata de un caso de psoriasis pustulosa palmoplantar grave en una paciente con múltiples comorbilidades sin respuesta a terapia sistémica con retinoide oral combinada con terapia biológica con secukinumab. Tras el inicio de tratamiento con bimekizumab en monoterapia, se observó una rápida mejoría clínica con aclaramiento casi completo de las lesiones en pocos meses y buena tolerancia, evidenciando la eficacia del doble bloqueo de IL-17A e IL-17F en formas resistentes de la enfermedad.

Anamnesis

Mujer de 50 años

Desde hace 2 años eritema y lesiones pustulosas en plantas de los pies.

No antecedentes personales de psoriasis

Comorbilidades

- Fumadora: Un paquete y medio al día
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Cardiomegalia con fracción de eyección del 40%
- Esquizofrenia paranoide
- Síndrome tóxico por aceite de colza
- Hepatopatía crónica por VHC en respuesta viral sostenida

Tratamientos concomitantes: biperideno, bisoprolol, lisinopril, lormetazepam, olanzapina y ziprasidona



RETANDO LA PSORIASIS II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Exploración física

Placas eritematosas con color rojo intenso, bien delimitadas que afectan a toda la planta. Presenta una descamación gruesa y áreas anaranjadas, que se corresponde con una intensa hiperqueratosis.

Se observan fisuras, grietas y pústulas de más de 1 cm de tamaño formando lagos pustulosos.

PPPGA= 4



Figura 1. Imagen clínica basal

Exploraciones complementarias

Análítica sanguínea basal:

Hemograma sin alteraciones. Perfil hepático y lipídico no alterado. Serologías: VIH, VHB negativos, VHC positivo, carga viral negativa.

Radiografía de tórax:

Granuloma calcificado en lóbulo superior derecho y cardiomegalia

Mantoux: Negativo

Quantiferon: Negativo

Cultivo fúngico: Negativo



RETANDO LA PSORIASIS II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



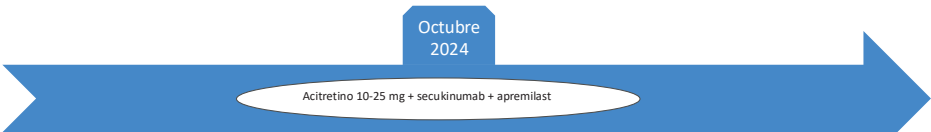
Diagnóstico

PSORIASIS PUSTULOSA PALMOPLANTAR

Organiza:



Tratamiento



Ante la ausencia de mejoría de la paciente, a los 6 meses del inicio del tratamiento con secukinumab, se decidió añadir apremilast al tratamiento.

A los 5 días de esto, la paciente desarrolló ideación suicida, por lo que se suspendió apremilast.



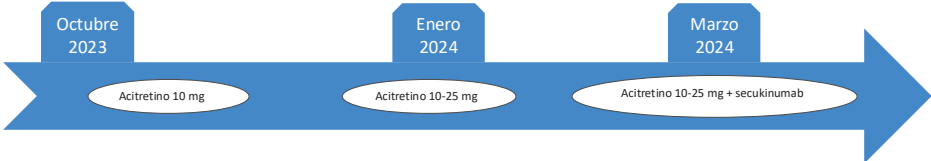
Tratamiento psiquiátrico:

Apremilast se asocia con un riesgo mayor de trastornos psiquiátricos como insomnio y depresión. Se han observado casos de ideación y comportamiento suicida, incluido el suicidio, en pacientes con y sin antecedentes de depresión (ver sección 4.8). Los riesgos y beneficios de iniciar o continuar el tratamiento con apremilast deben evaluarse detenidamente si los pacientes notifican síntomas psiquiátricos anteriores o actuales o si se ha previsto el tratamiento concomitante con otros medicamentos que probablemente causen acontecimientos psiquiátricos. Se precisan informes a pacientes y cuidadores de la necesidad de notificar al médico prescriptor cualquier cambio de comportamiento o estado de ánimo, así como cualquier episodio de ideación suicida. Si los pacientes presentan síntomas psiquiátricos nuevos o los que ya presentaban se agravan, o si se identifica un episodio de ideación suicida o intento de suicidio, se recomienda interrumpir el tratamiento con apremilast.

RETANDO LA PSORIASIS II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Tratamiento



Inició tratamiento con acitretino a dosis de 10 mg/día. Dada la ausencia de respuesta, se aumentó la dosis a 25 mg alternando con 10 mg.

A pesar de ello, la respuesta continuó siendo no satisfactoria, por lo que se añadió terapia biológica con secukinumab, inhibidor de IL- 17A.

RETANDO LA PSORIASIS II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Tratamiento

En este punto, la paciente continuaba con mal control

Placas eritematosas con color rojo intenso, bien delimitadas que afectan a toda la planta, delimitándose en la línea de Wallace. Presenta una descamación gruesa, que se corresponde con una intensa hiperqueratosis.

Se objetivan fisuras lineales sobre las placas y pústulas de hasta 1 cm.

PPPGA= 4



Figura 2. Situación tras 6 meses de tratamiento con secukinumab + acitretino

RETANDO LA PSORIASIS II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Tratamiento



Se suspendieron los tratamientos previos e inició tratamiento con bimekizumab 320 mg en semanas 0, 4, 8, 12 y 16 y, a partir de entonces, cada 8 semanas

Evolución

➤ A los 2 meses disminución del eritema y descenso del número y tamaño de las pústulas.

➤ A los 4 meses, gran **mejoría** del **eritema** de base e **hiperqueratosis**, **desaparición de las fisuras y grietas** que dificultaban la deambulación. Así como **disminución del número de pústulas y de su tamaño**.

Con estos cambios la paciente presenta una notable **mejoría en su calidad de vida** con **una repercusión directa en el control de su enfermedad psiquiátrica** de base.



PPPGA 1

Figura 3. Situación tras 4 meses con bimekizumab en monoterapia

Evolución



Figura 4. Evolución de las lesiones plantares

Comentario

Presentamos un caso de pustulosis palmoplantar **refractaria a terapia sistémica y a secukinumab con respuesta tras cambio a bimekizumab**.

En una serie de casos multicéntrica realizada por Passeron et al¹, la mayoría de los pacientes con formas graves y resistentes a múltiples tratamientos, **incluidos otros inhibidores de IL-17-A e inhibidores de IL-23**, lograron **aclaramiento completo o casi completo** de las lesiones palmoplantares tras el cambio a **bimekizumab**, con **mejoría clínica rápida** (1-4 meses) y buena tolerancia.

El fundamento se apoya en la **inhibición dual** de **IL-17A e IL-17F**. El estudio de Glatt et al. demostró que **IL-17F**, aunque menos potente que IL-17A, está sobre expresada en las lesiones y contribuye de forma independiente a la **inflamación crónica**. La neutralización simultánea de ambas citocinas con bimekizumab suprime más **eficazmente y de forma mantenida la respuesta inflamatoria** y la **quimiotaxis de neutrófilos** que la inhibición de IL-17A sola².

Table S1: Summary of the efficacy and treatment course of 21 patients with palmoplantar pustulosis (PPPPO) treated with bimekizumab									
Patient	Age	Sex	Duration of disease	Previous treatments	Response to bimekizumab	Time to response	Time to complete response	Time to complete response	Time to complete response
1	45	M	10	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
2	55	F	15	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
3	60	M	20	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
4	50	F	12	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
5	48	M	18	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
6	52	F	14	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
7	58	M	16	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
8	54	F	13	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
9	56	M	17	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
10	51	F	11	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
11	53	M	19	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
12	57	F	15	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
13	59	M	17	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
14	54	F	13	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
15	56	M	18	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
16	52	F	14	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
17	58	M	16	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
18	54	F	12	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
19	56	M	18	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
20	52	F	14	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks
21	58	M	16	Systemic corticosteroids, secukinumab, IL-17A inhibitors	Complete response	4 weeks	8 weeks	12 weeks	16 weeks

Passeron et al. 2023

Bibliografía

[1] Passeron T, Perrot J-L, Jullien D, Goujon C, Ruer M, Boyé T, et al. Treatment of Severe Palmoplantar Pustular Psoriasis With Bimekizumab. JAMA Dermatol 2024;160:199. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.5051>.

[2] Glatt S, Baeten D, Baker T, Griffiths M, Ionescu L, Lawson ADG, et al. Dual IL-17A and IL-17F neutralisation by bimekizumab in psoriatic arthritis: evidence from preclinical experiments and a randomised placebo-controlled clinical trial that IL-17F contributes to human chronic tissue inflammation. Annals of the Rheumatic Diseases 2018;77:523-32. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-212127>.

5. El hombre roca: un ejemplo de variabilidad clínica y necesidad de combinación terapéutica.

El interés del caso radica en mostrar cómo la variabilidad fenotípica de la psoriasis puede requerir un tratamiento individualizado, donde la combinación de biológicos y retinoides orales resulta clave para controlar formas hiperqueratósicas y retractarias.

Varón de 49 años con psoriasis en placas de larga evolución y formas hiperqueratósicas refractarias. Alcanzó un excelente control clínico con la combinación de secukinumab y acitretino, tras suspender el retinoide y presentar un rebrote severo, que se resolvió al reintroducirlo, confirmando la eficacia de la combinación.

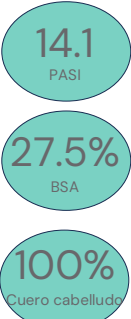
Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica y frecuente, pero con marcada heterogeneidad en su expresión fenotípica.

Esta variabilidad dificulta el diagnóstico y manejo, evidenciando la necesidad de estrategias terapéuticas adaptadas a cada paciente.

Objetivo del caso: Demostrar cómo la combinación de biológicos con retinoides orales puede ser fundamental para el control óptimo en formas particulares de psoriasis.

Rebrote severo



Estrategia terapéutica combinada

- Secukinumab: Anti-IL17 como tratamiento biológico base
- Acitretino oral: 25 mg/día como terapia complementaria
- Resultado: Control satisfactorio y sostenido durante varios años

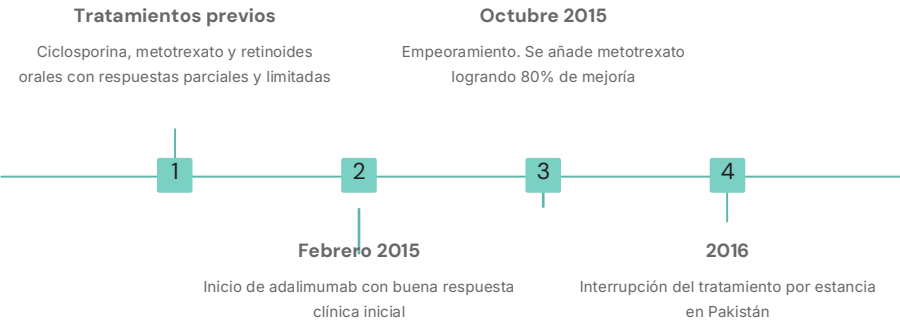
Caso clínico

Datos demográficos
Varón de 49 años, natural de Pakistán

Historia clínica
Seguimiento por Dermatología durante más de 15 años por psoriasis en placas

Antecedentes
Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés

Tratamiento



Recaída y Recuperación

Junio 2025: Suspensión autónoma
El paciente suspende el acitretino por decisión propia, desencadenando empeoramiento en cuero cabelludo con placas hiperqueratósicas refractarias en forma de "falsa tiña".

Reintroducción del retinoide
Tras reiniciar el tratamiento, se recuperó un excelente control clínico con PASI de 2 y BSA de 1,5%.



Discusión: Más allá de los Biológicos

Revolución biológica
Los fármacos biológicos (anti-TNF, anti-IL17, anti-IL23) cambiaron el paradigma del tratamiento con altas tasas de respuesta y buen perfil de seguridad.

Valor de los clásicos
Los retinoides orales, especialmente acitretino, mantienen indicación en formas pustulosas, palmoplantares e hiperqueratósicas por sus propiedades moduladoras.

Terapia combinada
La asociación de acitretino con secukinumab permitió control completo en un caso de difícil manejo, destacando la individualización del tratamiento.

Discución: Variabilidad Fenotípica y Factores Étnicos

Expresión clínica diversa

Este caso ilustra la variabilidad fenotípica de la psoriasis, con una forma especialmente hiperqueratósica.

La expresión puede estar condicionada por la etnia: en población negra se observan formas más graves con placas más gruesas, mayor hiperqueratosis y menor eritema por la pigmentación cutánea.



Placas más gruesas



Mayor hiperqueratosis



Menor eritema visible

Conclusiones



Enfermedad compleja

La psoriasis es una enfermedad crónica, heterogénea y compleja cuyo tratamiento en casos graves se basa fundamentalmente en fármacos biológicos.



Enfoque individualizado

La variabilidad fenotípica y las formas clínicas atípicas obligan a un enfoque flexible e individualizado del tratamiento.



Valor de la combinación

Los tratamientos clásicos como los retinoides mantienen un papel fundamental en combinación con terapias biológicas para casos específicos.

6. Milagro dual, historia de una piel que volvió a empezar.

El interés del caso radica en la respuesta completa y sostenida obtenida con bimekizumab en un paciente con psoriasis grave refractaria a múltiples líneas previas, incluyendo fototerapia, inmunosupresores y anti-TNF. Destaca además la resolución de un prurito extremo y la mejoría drástica en la calidad de vida, así como la aparición de candidiasis oral leve y controlable, un efecto adverso característico del bloqueo de IL-17. Además, el paciente presenta un perfil hormonal único por su condición de varón transexual, lo que puede haber influido en la evolución del caso y aporta bibliografía en el uso de biológicos en este tipo de pacientes.

Varón transexual de 51 años con psoriasis en placas grave, refractaria a fototerapia, ciclosporina y adalimumab. Presentaba brote extenso, PASI 22, DLQI 28 y prurito intenso (NRS 12/10). Se inició tratamiento con bimekizumab, obteniendo una remisión completa en dos meses (PASI 0, DLQI 2, NRS 0), mantenida durante más de dos años. Como único efecto adverso presentó una candidiasis oral leve, resuelta con fluconazol. Actualmente continúa sin lesiones, con excelente calidad de vida y espaciamiento del biológico cada 10 semanas.

Anamnesis

Acude a nuestra consulta un paciente de 51 años, varón transexual que había recibido testosterona y cirugía de reasignación de sexo, con una psoriasis grave como único antecedente de interés.

Ante la resistencia al tratamiento tópico en monoterapia, en 2012 se sometió a 33 ciclos de fototerapia UVB de banda estrecha alcanzando una dosis acumulada de 39221 mJ/cm2. Esto permitió, junto al tratamiento tópico, una remisión parcial durante 9 años.

Sin embargo, en enero de 2021 acude de nuevo por aparición de placas infiltradas con descamación gruesa de predominio en miembros inferiores, de gran extensión e importante afectación de su calidad de vida. Se decide entonces inicio de ciclosporina, con gran respuesta inicial. Pasado un año de tratamiento y ante el buen control, se decide ajustar la dosis a la baja, con aparición de un brote grave. Al reintroducir la dosis anterior, no se obtiene respuesta, considerándose por lo tanto como un fallo secundario, en marzo 2022.

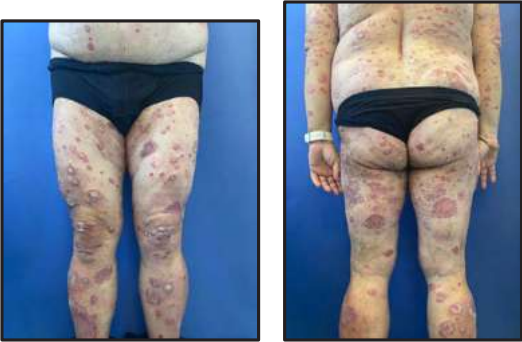
Ante la imposibilidad de introducir metotrexato por una alteración persistente en las enzimas hepáticas de etiología desconocida, se decide solicitar estudio de biológicos e inicio de adalimumab en agosto 2022, precisando antituberculosos desde junio por infección tuberculosa latente. El paciente presenta excelente respuesta hasta febrero 2023, donde se produce un fallo secundario, con aparición de un brote grave.

Bibliografía

- Blauvelt A, Noe MH. The Best Psoriasis Medications Emerge. JAMA Dermatol. 1 de enero de 2024;160(1):99-100.
- Menter A, Gelfand JM, Connor C, Armstrong AW, Cordero KM, Davis DMR, et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. J Am Acad Dermatol. junio de 2020;82(6):1445-86.
- Armstrong AW, Bagel J, Van Voorhees AS, Robertson AD, Yamauchi PS. Combining biologic therapies with other systemic treatments in psoriasis: evidence-based, best-practice recommendations from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. JAMA Dermatol. abril de 2015;151(4):432-8.
- Gkini MA, Nakamura M, Alexis AF, Londoño-García A, van de Kerkhof PCM, Doss N, et al. Psoriasis in People With Skin of Color: An Evidence-Based Update. Int J Dermatol. abril de 2025;64(4):667-77.
- Khanna R, Khanna R, Desai SR. Diagnosing Psoriasis in Skin of Color Patients. Dermatol Clin. julio de 2023;41(3):431-4.

Exploración física

A la exploración destacan placas eritemato-descamativas muy infiltradas en miembros inferiores (figuras 1 y 2) y cuero cabelludo, con una superficie total del 30%, un PASI de 22, un DLQI de 28 y un NRS prurito que el paciente que el paciente insiste en valorar con una puntuación 12 sobre 10.



Figuras 1 y 2: Placas eritemato-descamativas muy infiltradas en tronco y miembros inferiores, que condicionan prurito intenso y elevación de la escala DLQI hasta 28 puntos.

Exploraciones complementarias

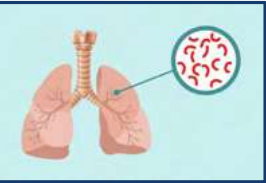
Análítica (abril 2022)

A destacar gamma-glutamilttransferasa 137 U/L.



IGRA (junio 2022)

POSITIVO.



Diagnóstico

Psoriasis en placas grave refractaria a fototerapia, ciclosporina y adalimumab

Tratamiento

Bimekizumab (inhibidor dual de las interleuquinas 17A/F)

- Dosis de 320 mg en las semanas 0, 4, 8, 12 y 16 y, a partir de entonces, cada 8 semanas.
- Se mantiene tratamiento tópico de apoyo.

Bibliografía

1. Pan Y, Zou J, Hu T, Zhu Z, Zhang Z, Chen W, et al. Psoriasis: A Multidimensional Review of Onset, Progression, Treatment, and the Evolution of Disease Models. Mol Diagn Ther. 2025 May;29(3):345–66.

2. Çetinarslan T, Mergen MA, Türel Emmertcan A, Bülbül Başkan E, Yazıcı S, An İ, et al. Predictive factors for early super response to bimekizumab in 341 patients with psoriasis-a 24-week short-term multicenter real-life experience. J Dermatol Treat. 2025 Dec;36(1):2563657.

3. Mortato E, Artosi F, Borselli C, Compagnucci I, Rivieccio A, Lanna C, et al. Bimekizumab for the treatment of moderate to severe psoriasis: a real-world experience over 52 weeks from two Italian dermatology clinics. J Dermatol Treat. 2025 Dec;36(1):2432932.

4. Chen J, Yin X, Kan X, Yao P, Tang J. A systematic review and network meta-analysis comparing the efficacy and safety of deucravacitinib versus selected treatments for moderate to severe plaque psoriasis. Clin Rheumatol. 2025 Oct;44(10):4025–32.

5. Sbidian E, Chaimani A, Guelimi R, Tai CC, Beytout O, Choudhary C, et al. Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Aug 6;8(8):CD011535.

6. Bilal H, Khan MN, Khan S, Fang W, Chang W, Yin B, et al. Risk of candidiasis associated with interleukin-17 inhibitors: Implications and management. Mycology. 2024;15(1):30–44.

7. Zhuo Y, Lin L, Dong Q, Ye J. Testosterone Deficiency and Sleep Deprivation as Risk Factors for Psoriasis: Insights From the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2011-2014. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2025;18:1579–91.

8. Binayke A, Dalal R, Suri C, Dandotiya J, Sadhu S, Kumar Y, et al. Testosterone Suppresses IL-17 Expression by Targeting RORγt Functions. Eur J Immunol. 2025 Aug;55(8):e70016.

Evolución

A los **dos meses** del tratamiento el paciente presenta un **PASI de 0** (Figuras 3 y 4), un **DLQI de 2** y un **NRS de prurito de 0 puntos**. Incluso presenta recrecimiento de cabello en algunas zonas de cuero cabelludo.

Sin embargo, en paladar duro presenta placas blanquecinas adheridas compatibles con **muguet oral**. Es valorado por digestivo que descarta esofagitis candidiásica. Se decide iniciar tratamiento con **fluconazol** oral 100mg 1 comprimido al día durante 7 días, con **gran mejoría**.

La evolución es tan positiva que en junio de 2025 el paciente continúa con la piel en perfecto estado, con todas las escalas a 0 y hemos podido permitir un **espaciamiento en las dosis de bimekizumab**, actualmente cada 10 semanas.



Figuras 3 y 4: Resolución completa de las lesiones, permitiendo un descenso de la escala DLQI a 2 puntos.

Comentario

Se presenta el caso de un **varón transexual de 51 años** con **psoriasis en placas grave, refractaria a cuatro líneas terapéuticas**, que logra una **remisión rápida, completa y sostenida** tras el inicio de **bimekizumab**. La evolución refleja la historia habitual de la enfermedad y las **limitaciones de los tratamientos previos**, condicionadas por restricciones clínicas, analíticas o fenómenos que desencadenan un fallo secundario (1). Bimekizumab, inhibidor dual de IL-17A/F que ha demostrado su efectividad tanto en pacientes bionaive como previamente tratados (2,3), permitió un control completo de las lesiones. Los datos invitan a pensar que se trata del **tratamiento más efectivo del mercado** (4,5). Sin embargo, el paciente presentó una **candidiasis oral** durante el seguimiento, efecto secundario frecuente y de **fácil manejo con antifúngicos** (6). El **tratamiento androgénico** podría haber influido asimismo en la actividad de la psoriasis (7,8). Destaca el **intenso prurito inicial** y la clara mejoría en su calidad de vida, con resolución total de las lesiones y **ausencia de síntomas tras más de dos años de tratamiento**, lo que ha permitido un espaciamiento de la dosis.

7. Bimekizumab: un tratamiento seguro y eficaz en pacientes con terapia dirigida oncológica activa.

Bimekizumab como alternativa terapéutica segura y eficaz en paciente con antecedente de neoplasia en tratamiento activo con terapias oncológicas avanzadas, en este caso atezolizumab (inhibidor PD-L1) y bevacizumab (anti-VEGF).

Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años con antecedentes personales de psoriasis en placas bien controlada que, tras inicio de terapia dirigida para tratamiento de carcinoma hepatocelular con atezolizumab y bevacizumab, exacerbó sus síntomas cutáneos y además desarrolló de novo una forma pustulosa palmoplantar. A las 12 semanas del tratamiento con bimekizumab se alcanza un buen control de su sintomatología cutánea y sin interferir con su tratamiento antineoplásico. Destacar que bimekizumab es un tratamiento seguro y eficaz para pacientes con historia de neoplasias de órgano sólido que presentan psoriasis con afectación de localizaciones especiales secundaria al tratamiento con terapias oncológicas dirigidas.

Anamnesis

Varón ♂ de 66 años, sin alergias conocidas, fumador de 10 cig/día

Antecedentes personales:

- Diabetes mellitus tipo 2
- Dislipemia
- Psoriasis en placas de más de 20 años de evolución, bien controlada con tratamiento tópico de manera ocasional
- Carcinoma hepatocelular (diagnosticado en mayo de 2024) desarrollado en el seno de cirrosis hepática enótica (abstinencia actual) con hipertensión portal y descompensaciones edematosas frecuentes, tratado primeramente de manera locorregional con microondas. Ante persistencia de lesión y aparición de nuevas lesiones sospechosas, se inicia tratamiento sistémico dirigido con atezolizumab (anti PD-L1) + bevacizumab (anti VEGF)

Acude a Consulta de Dermatología remitido por hepatólogo (a las 6 semanas de inicio de tratamiento con atezolizumab-bevacizumab) por aparición de lesiones cutáneas en ambas piernas (como ya había presentado en ocasiones previas) y, adicionalmente, aparición de lesiones en palmas y plantas que no había presentado previamente

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física

Presenta en palmas y plantas eritema y lesiones queratodérmicas/hiperqueratósicas junto con lesiones pustulosas, algunas de ellas de aspecto equimótico. Además, presencia de grietas y fisuras en estas localizaciones. En ambas piernas pápulas y placas psoriasiformes. (Fig. 1).



Figura 1. Lesiones cutáneas del paciente en el momento del diagnóstico

Exploraciones complementarias

Análisis de sangre: SS y BQ, todo normal o negativo, salvo datos de hepatopatía crónica:

- 116000 plaquetas/ μ l
- Alfa fetoproteína: 15,5 ng/ml
- Bilirrubina total: 1,7 mg/dl
- Gammaglutamil transferasa 180 U/l



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Diagnóstico

Psoriasis y pustulosis palmoplantar + exacerbación de psoriasis en placas en paciente tratado con atezolizumab y bevacizumab

Tratamiento

Se decide consensuadamente suspensión al menos temporal, del tratamiento con atezolizumab y bevacizumab.

Se inicia tratamiento tópico con pomada y crema de monohidrato de calcipotriol y dipropionato de betametasona.

Se inicia psoralen-UVA (PUVA) tópico, que se suspende al mes de tratamiento por ineficacia.



Ante la escasa respuesta a terapias convencionales se inicia tratamiento con inhibidor de IL17A/F: BIMEKIZUMAB 320 mg, a dosis de ficha técnica para psoriasis: 320 mg en la semana 0, 4, 8, 12 y 16 y, a partir de entonces, cada 8 semanas.

Evolución

Durante las primeras 12 semanas de tratamiento con bimekizumab se objetiva marcada mejoría.

Se reinició tratamiento con atezolizumab-bevacizumab a las 7 semanas del inicio de bimekizumab, con leve empeoramiento de las lesiones, que el paciente trata con terapia tópica pautada, sin disminución de su calidad de vida y sin afectar a sus actividades habituales. (Fig. 2).



Figura 2. Lesiones cutáneas del paciente a las 12 semanas de inicio de tratamiento con bimekizumab

Comentario

Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años con antecedentes personales de psoriasis en placas bien controlada que, tras inicio de terapia dirigida para tratamiento de carcinoma hepatocelular con atezolizumab y bevacizumab, exacerbó sus síntomas cutáneos y además desarrolló de novo una forma pustulosa palmoplantar. Tras fallo a tratamientos convencionales y contraindicación para inicio de terapias sistémicas clásicas y fármacos biológicos anti-TNF α (por comorbilidad y antecedentes de neoplasia hepática) se decide tratamiento con bimekizumab (anti IL-17A/F) con buen control de su sintomatología cutánea y sin interferir con su tratamiento antineoplásico.

Como conclusión, destacar que bimekizumab es un tratamiento seguro y eficaz para pacientes con historia de neoplasias de órgano sólido que presentan psoriasis con afectación de localizaciones especiales secundaria al tratamiento con terapias oncológicas dirigidas.

Bibliografía

1. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, Pérez B, Galache C, de la Cueva P, Carrascosa JM. Recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venerología sobre el manejo de la psoriasis en pacientes oncológicos. *Actas Dermosifiliogr*. 2024 Jul-Aug;115(7):1702-1711. doi: 10.1016/j.ad.2024.05.011.

2. Rusiñol L, Camiña-Conforto G, Puig L. Biologic treatment of psoriasis in oncologic patients. *Expert Opin Biol Ther*. 2022 Dec;22(12):1567-1578. doi: 10.1080/14712598.2022.2152322.

3. Andrade MMDL, Tejada GL, Peruzzo J, Bonamigo RR. Pustular psoriasis triggered by therapy with atezolizumab and bevacizumab. *An Bras Dermatol*. 2024 Jan-Feb;99(1):153-155. doi: 10.1016/j.abd.2023.02.003.

4. Fukui M, Chihara Y, Takahashi Y, Sai N, Doi H, Nakakubo Y, Saito M. Biological Agents for Treating Atezolizumab-Induced Psoriasis in Small-Cell Lung Cancer: A Case Report. *Cureus*. 2024 May 30;16(5):e61395. doi: 10.7759/cureus.61395.

5. Lim JH, Lo Y. A case of de novo psoriasis secondary to atezolizumab in a patient with hepatocellular carcinoma. *Kaohsiung J Med Sci*. 2022 Nov;38(11):1135-1136. doi: 10.1002/kjm2.12595.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



8. 20 uñas, 20 años de retraso.

La psoriasis ungueal aislada (PsAU) representa un reto diagnóstico por la amplitud de su diagnóstico diferencial, que incluye con mayor frecuencia onicomiosis, onicodistrofia traumática, liquen plano, alopecia areata, eccema y onicopatías idiopáticas. Asimismo, constituye un desafío terapéutico, especialmente cuando el diagnóstico no es certero desde el inicio. El retraso diagnóstico, estimado en una media de tres años, puede conllevar tratamientos innecesarios, deterioro de la calidad de vida y pérdida de oportunidades para la detección precoz de artritis psoriásica (APs), siendo además un factor pronóstico independiente para su desarrollo. Presentamos un caso de 20 años de evolución con múltiples tratamientos ineficaces previos y excelente respuesta tras el diagnóstico de PsAU y el inicio de terapia biológica dirigida.

Varón de 65 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y tabaquismo, que consultó por onicodistrofia dolorosa de 20 años de evolución en uñas de manos y pies. Había recibido tratamientos antifúngicos sin mejoría, pese a cultivos micológicos repetidamente negativos. No presentaba lesiones cutáneas ni antecedentes personales o familiares de psoriasis, ni síntomas articulares. A la exploración se observaron "pitting", manchas de aceite y onicólisis generalizada en uñas de manos, y "crumbling" con onicólisis en los primeros dedos de los pies (NAPSI = 64). El *nail clipping* mostró paraqueratosis y neutrófilos sin presencia de hifas en PAS, confirmando psoriasis ungueal aislada. Se inició apremilast sin respuesta, por lo que se rotó a ixekizumab, con resolución casi completa de las lesiones (NAPSI = 3) a los 6 meses y sin desarrollo de artritis psoriásica durante el seguimiento.

Exploración física



Figura 1: "Pitting ungueal", manchas de aceite y onicólisis en totalidad de uñas de manos

Figura 2: Eritema periungueal, desmoronamiento o "crumbling" en primeros dedos de pies, y onicólisis aislada en varias uñas

NAPSI 64

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Anamnesis

- 65 años, HTA, dislipemia, fumador. Tto:Enalapril, atorvastatina.

- Onicodistrofia de 20 años de evolución en uñas de manos y primeros dedos de pies, con dolor asociado.

- No AP ni AF de psoriasis.

- Tratamiento con terbinafina, itraconazol y ciprofloxacino con sospecha de onicomiosis a pesar de la realización de varios cultivos negativos.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

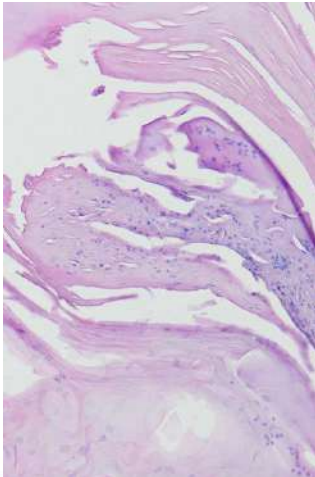


Exploraciones complementarias

Clipping ungueal : presencia de zonas con paraqueratosis, suero y algún neutrófilo.

Tinción de PAS: no se identificaron hifas de hongo.

Figura 3: Lámina ungueal (1er dedo pie) con zonas con paraqueratosis, suero y algún neutrófilo. H&E x 4



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Diagnóstico

PSORIASIS UNGUEAL AISLADA

Tratamiento

Se inicia tratamiento con **apremilast**: Fracaso primario a los 3 meses de tratamiento



Rotación a **ixekizumab** (dosis según ficha técnica), excelente respuesta a los 6 meses.

Bibliografía

1- Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel CR 3rd, Di Chiacchio N, Nakamura RC, et al. Nail psoriasis: a consensus statement from the International Psoriasis Council. J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):205–10. doi:10.1016/j.jaad.2019.01.065

2- Kaul S, Singal A, Grover C, Chaturvedi KU. Clinical and histological spectrum of nail psoriasis: a cross-sectional study. J Cutan Pathol. 2018;45(7):509–17. doi:10.1111/cup.13270

3- Stephen S, Tosti A. Diagnostic approach to nail disease: clippings, biopsies and histopathology. Dermatol Clin. 2015;33(2):245–51. doi:10.1016/j.det.2014.12.005

4- Egeberg A, See K, Garrelts A, Yao R, Burge R, Bhutani T. Network meta-analyses comparing the efficacy of biologic treatments for achieving complete resolution of nail psoriasis at 24, 28 and 48–52 weeks. J Dermatolog Treat. 2023;34(1):2162770. doi:10.1080/09546634.2023.2162770

5- Valek N, Dooley S, Vachon A, Eder L, Gooderham M. Isolated nail psoriasis: prevalence, clinical features, and risk of psoriatic arthritis. J Am Acad Dermatol. 2023;88(3):603–11. doi:10.1016/j.jaad.2022.09.039

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución

REVISIÓN A LOS 6 MESES



- Resolución de la clínica en uñas de manos (Figura 4)
- Desaparición del desmoronamiento, persiste onicólisis distal en uñas de pies (Figura 4)

NAPSI 3



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Comentario

- Psoriasis ungueal aislada (PsAU) representa una **forma infrecuente de psoriasis (5–10%)** y un reto diagnóstico y terapéutico
- Su **diagnóstico suele demorarse varios años**, conduciendo a tratamientos inadecuados y afectación de la calidad de vida
- **Utilidad del clipping ungueal**: ayudar al diagnóstico hasta en la mitad de los casos, y a descartar una onicomicosis concomitante o como diagnóstico alternativo, con una sensibilidad del 88%.
- **Eficacia superior de inhibidores de IL17** frente a otras opciones terapéuticas (Egeber et al) en el tratamiento de la psoriasis ungueal aislada
- Sospechar PsAU ante **onicodistrofias crónicas refractarias a antifúngicos** y de un manejo precoz para evitar secuelas funcionales y **detectar a tiempo una posible artritis psoriásica asociada**.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



9. Eritrodermia con islas de piel respetada resuelta tras bloqueo dual de interleuquina-17.

Caso que ilustra el desafío terapéutico en una paciente con pitiriasis rubra pilaris eritrodérmica, retractoria a inmunosupresores convencionales. La remisión completa tras bloqueo dual de IL-17A/F con bimekizumab subraya el valor de los biológicos de última generación en dermatosis inflamatorias graves y resistentes.

Mujer de 67 años, sin comorbilidades relevantes, que presentaba eritrodermia generalizada con islas de piel respetada, fue diagnosticada de PRP tipo I. Inició corticoides sistémicos con mejoría transitoria y rebrote al suspenderlos. No respondió a ciclosporina ni acitretina. Tras iniciar bimekizumab, presentó respuesta rápida y sostenida, con resolución completa de las lesiones y buen perfil de seguridad; destacó una candidiasis oral leve, controlada con tratamiento antifúngico.

Anamnesis

Mujer de 67 años

Antecedentes

No comorbilidades ni medicación crónica
No antecedentes personales ni familiares de psoriasis

Historia actual

Acudió a urgencias en enero 2025 por lesiones cutáneas de una semana de evolución, de inicio en tronco superior y posterior **generalización**.

Síntomas: prurito leve y tirantez cutánea.

No fiebre o síntomas sistémicos.

No exposición reciente a fármacos, salvo ibuprofeno y acetilcisteína hace 2 semanas por cuadro catarral.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Exploración física

Presentaba placas eritematodescamativas confluentes que afectaban 90% de la superficie corporal (**eritrodermia**), dejando **islas de piel respetada** (Fig. 1.A).

En **palmas y plantas**, placas **eritematoanaranjadas** con descamación en lámina gruesa (Fig. 1.B).

No afectación de mucosas ni adenopatías.



Fig. 1.A. Placas eritematodescamativas confluentes que dejan islas de piel respetada

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Fig. 1.B Placas eritematoanaranjadas en palmas, con descamación laminar gruesa (“en guante”).

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Exploraciones complementarias

Histología

• **Biopsias (5/01 y 15/01):** dermatitis psoriasiforme con alternancia de orto y paraqueratosis (patrón “en tablero de ajedrez”), y leve infiltrado inflamatorio perivascular superficial.

Análítica sanguínea

• **Serologías:** VHB pasada, VHC y VIH negativos.
• **Autoinmunidad:** ANA y ENA negativos; anti-DNAs positivo aislado sin confirmación en Crithidia.
• **Perfil renal, hepático y lipídico:** sin alteraciones.
• **Quantiferon:** negativo

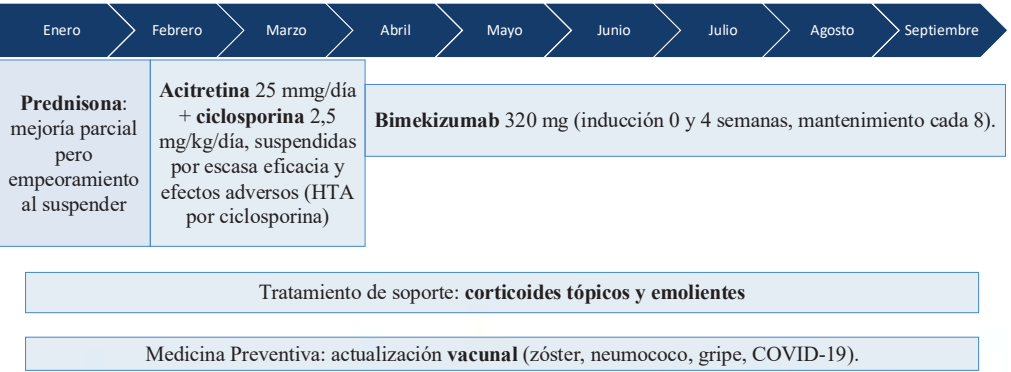
Pruebas de imagen

• **Rx tórax :** normal.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Tratamiento



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Diagnóstico

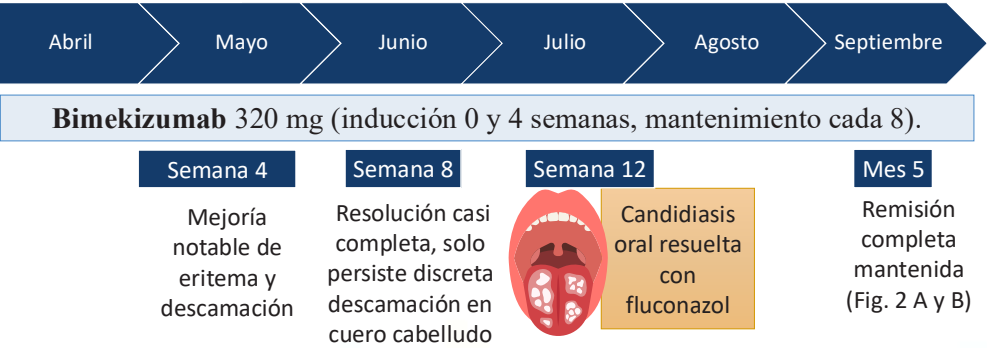
Pitiraisis rubra pilaris tipo 1 (forma clásica del adulto)

Clínica e histología compatibles

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Evolución



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS





Fig 2. A. Resolución de las lesiones cutáneas inflamatorias, solo persiste hiperpigmentación residual en tronco.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Fig 2. A. Resolución de las lesiones cutáneas inflamatorias, solo persiste hiperpigmentación residual en miembros inferiores.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentario

- Paciente con **pitiriasis rubra pilaris (PRP) tipo I** (forma clásica del adulto), **refractaria** a corticoides, acitretina y ciclosporina.
- Alcanzó **remisión completa** tras **bloqueo dual de IL-17A/F con bimekizumab**.
- La **inhibición simultánea de IL-17A y IL-17F** muestra **mayor eficacia** en dermatosis inflamatorias resistentes (incluida PRP) frente a bloqueos aislados, con **mejoría rápida y perfil de seguridad aceptable**.
- Riesgo asociado: **aumento de candidiasis mucocutánea**.
- En PRP, los **biológicos** ofrecen respuestas **variables**, pero el **bloqueo dual IL-17A/F** destaca por su **potencia y utilidad en casos refractarios**.
- Este caso subraya el **valor de los tratamientos biológicos** y la **necesidad de un abordaje multidisciplinar** para optimizar resultados y minimizar complicaciones.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Bibliografía

- Han R, Spratt WR, Yang H, Lai FYX, Lee S. Treatment of refractory pityriasis rubra pilaris with biologic therapy: a case series. Clinical and Experimental Dermatology. 2025;:llaf246. doi:10.1093/ced/llaf246.
- Freitas E, Blauvelt A, Torres T. Bimekizumab for the treatment of psoriasis. Drugs. 2021;81(15):1751-1762. doi:10.1007/s40265-021-01612-z.
- Ali Z, Matthews R, Al-Janabi A, Warren RB. Bimekizumab: a dual IL-17A and IL-17F inhibitor for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. Expert Review of Clinical Immunology. 2021;17(10):1073-1081. doi:10.1080/1744666X.2021.1967748.
- Glatt S, Baeten D, Baker T, et al. Dual IL-17A and IL-17F neutralisation by bimekizumab in psoriatic arthritis: evidence from preclinical experiments and a randomised placebo-controlled clinical trial that IL-17F contributes to human chronic tissue inflammation. Annals of the Rheumatic Diseases. 2018;77(4):523-532. doi:10.1136/annrheumdis-2017-212127.
- Merola JF, Landewé R, McInnes IB, 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;401(10370):38-48. doi:10.1016/S0140-6736(22)02303-0.
- Cornman HL, Alphonse MP, Dykema A, et al. Targeted dual biologic therapy for erythroderma of unknown etiology guided by high-parameter peripheral blood immunophenotyping. Scientific Reports. 2025;15(1):1298. doi:10.1038/s41598-024-81060-3.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



10. Psoriasis pustulosa con afectación articular axial: un reto terapéutico.

Manejo de forma de psoriasis infrecuente y difícil de tratar en paciente con comorbilidad articular.

Mujer de 66 años con pustulosis palmoplantar resistente a otros tratamientos que había mejorado con apremilast. Fue suspendido por aparición de síntomas depresivos con la aparición de un brote muy sintomático, con pústulas a distancia en otras zonas cutáneas (antebrazos, lumbar, muslos) clínica e histológicamente compatible con psoriasis pustulosa. Además, la paciente presentaba dolor en zona preesternal, con evidencia en gammagrafía de actividad inflamatoria en articulación condroesternal y costal izquierda. Se inició tratamiento con ixekizumab, acitretino y prednisona, sin mejoría, por lo que se cambió ixekizumab por bimekizumab. Tras la primera dosis la paciente comenzó a mejorar. Sin embargo, debido a que persistía con importante sintomatología a las 3 semanas se decidió intensificar la pauta de bimekizumab, con mejoría significativa.

Este caso ilustra cómo bimekizumab puede ser una opción en pacientes con formas pustulosas de psoriasis, así como, la necesidad de personalización del tratamiento de la psoriasis en casos complejos, que pueden requerir la combinación de varios tratamientos y/o intensificaciones.

Exploración física



La paciente presentaba placas eritematodescamativas y múltiples pústulas afectando a ambas plantas, eritema afectando a la totalidad de ambas palmas, junto con múltiples pústulas. Asimismo, presentaba algunas pápulas redondeadas descamativas y pústulas en zona de antebrazos, lumbar y posterior de muslos (Fig. 1).

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploraciones complementarias

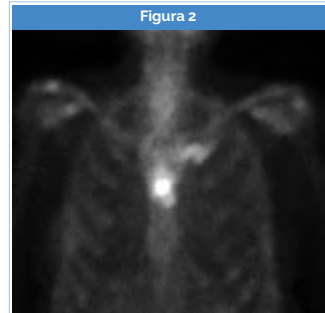
Gammagrafía ósea de cuerpo completo

Incremento de captación en sínfisis condroesternal y primer arco costal izquierdo (Fig. 2), en relación con actividad osteoblástica local, compatible con afectación inflamatoria sugestivo de **artropatía psoriásica**.

Biopsia cutánea antebrazo derecho

Los cortes histológicos corresponden a piel con **pústula subcornea extensa**. La epidermis está ligeramente hiperplásica con ligera espongirosis. En dermis papilar se aprecian marcado infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular superficial e intersticial con abundantes neutrófilos y extravasación hemática.

Lesiones histológicas compatibles con **psoriasis pustulosa**.



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Anamnesis

Mujer de 66 años con los siguientes antecedentes personales:

- Psoriasis palmoplantar**, hasta julio 2025 controlada con tópicos/fototerapia
 - Dislipemia
 - Fibrilación auricular (anticoagulada)
 - HTA
 - Hipotiroidismo autoinmune
 - Fumadora
- En **julio 2025** ante la ausencia de mejoría de brote de **psoriasis palmoplantar con aparición de pústulas** e importante afectación de su calidad de vida, teniendo en cuenta sus comorbilidades se inició **apremilast**.
 - En **septiembre 2025**, tras **2 meses** de apremilast:
 - Buena respuesta inicial
 - Suspende debido a síntomas depresivos
 - Reaparición de lesiones, con extensión a zonas extrapalmoplantares

Diagnóstico

- [Psoriasis pustulosa con afectación articular axial sintomática](#).
- Afectación predominantemente palmoplantar, con lesiones en zonas extrapalmoplantares.

Tratamiento

- Teniendo en cuenta las comorbilidades de la paciente y su importante afectación tanto cutánea como articular se inició tratamiento con [ixekizumab](#), sin mejoría significativa.
- Debido al importante prurito y dolor de la paciente, junto con extensión significativa de las lesiones se añadió [prednisona](#) 30mg/24h y [acitretino](#) en dosis bajas (10mg 3 veces a la semana)
- Ante la persistencia de importantes lesiones y sintomatología cutánea y articular axial se decidió cambiar ixekizumab por [bimekizumab](#).

Bibliografía

1. Devjani S, Smith B, Javadi SS, Engel PV, Han G, Wu JJ. Palmoplantar Pustulosis: Therapy Update. J Drugs Dermatol. 2024; 23(8):626-631. doi: 10.36849/JDD.7612.
2. 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; 25(3):347-358. doi: 10.1007/s40257-024-00849-0.
3. Passeron T, Perrot JL, Jullien D, Goujon C, Ruer M, Boyé T, et al. Treatment of Severe Palmoplantar Pustular Psoriasis With Bimekizumab. JAMA Dermatol. 2024; 160(2):199-203. doi: 10.1001/jamadermatol.2023.5051.
4. 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.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:

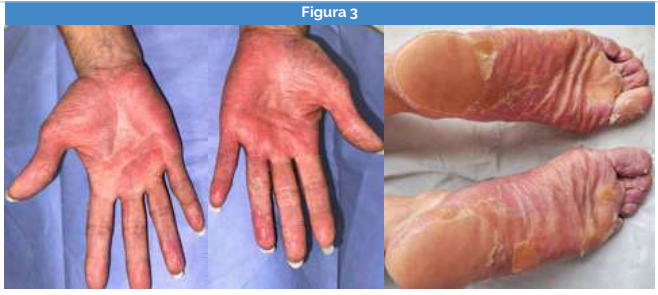


RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Evolución



- La paciente experimentó mejoría significativa, con remisión de las pústulas ([Fig. 3](#)), de las lesiones extrapalmoplantares y del dolor centrotorácico a las 2 semanas de la primera administración.
- Debido a que persistía con importante prurito y molestias y persistía eritema intenso palmoplantar se decidió intensificar bimekizumab, administrando la segunda y tercera dosis cada 3 semanas.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentario

El manejo de pacientes con pustulosis palmoplantar supone un reto ya que genera importante sintomatología y repercusión en la calidad de vida¹ y resulta con frecuencia refractaria a tratamientos, con limitada evidencia acerca de aquellos con mayores tasas de respuesta².

A esta complejidad se sumaba en nuestra paciente la presencia de varias comorbilidades, la extensión de la afectación pustulosa a zonas extrapalmoplantares y la afectación articular también poco frecuente y difícil de tratar.

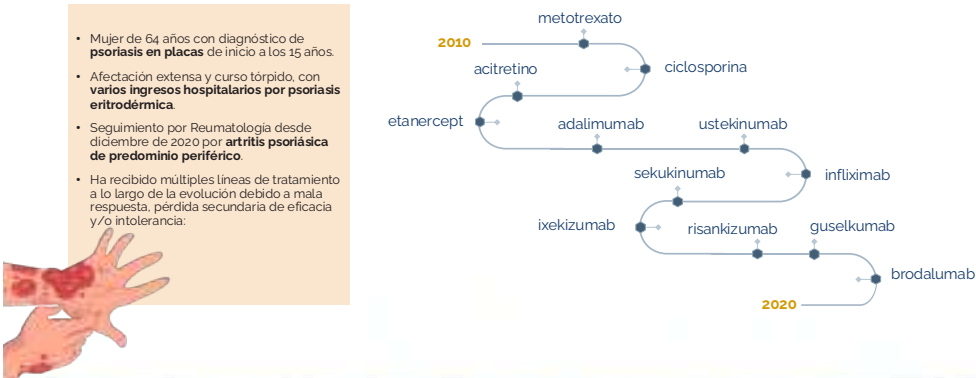
En un estudio reciente de 21 pacientes con pustulosis palmoplantar o psoriasis palmoplantar con pústulas tratados con bimekizumab, 17 de ellos alcanzaron una respuesta completa. Los autores destacan la inhibición doble de IL17A e IL17F como posible explicación a esta buena respuesta³, que resulta más adecuada para inhibir el eje IL17/IL36 implicado en las formas de psoriasis pustulosa que la inhibición única de IL17A^{3,4}. Nuestro caso apoyaría esta teoría ya que la mejoría experimentada con bimekizumab no se alcanzó con ixekizumab, otro inhibidor de IL17 que no posee esta acción dual.

11. Fracascos encadenados, éxito inesperado: la vía que cambió la evolución.

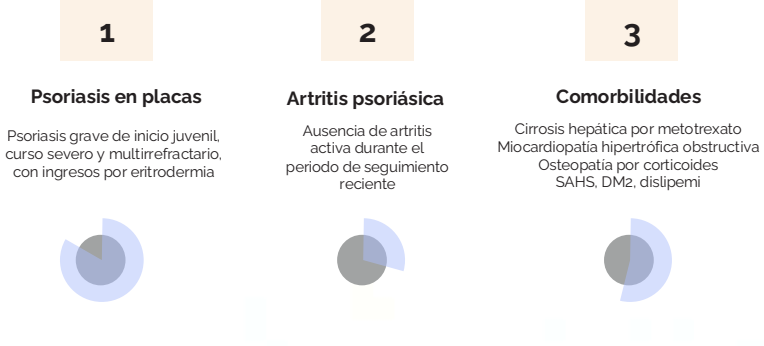
Caso relevante por tratarse de una psoriasis en placas severa, multirrefractaria y con brotes eritrodérmicos. La respuesta conseguida con bimekizumab, tras numerosos fracasos previos, resalta su valor como opción de rescate eficaz en situaciones de alta complejidad clínica, donde alcanzar el control sostenido de la enfermedad resulta habitualmente excepcional.

Presentamos un caso de psoriasis en placas severa de larga evolución, caracterizada por múltiples brotes graves incluyendo episodios de eritrodermia y una marcada refractariedad terapéutica. La paciente había recibido más de diez líneas de tratamiento, incluyendo fototerapia, sistémicos convencionales y biológicos dirigidos a distintas vías inmunológicas (TNF-α, IL-12/23, IL-23, IL-17A), con ausencia de remisión sostenida y frecuentes pérdidas secundarias de eficacia. La introducción de bimekizumab, con bloqueo dual IL-17A/IL-17F, permitió alcanzar una respuesta completa rápida (PASI 0) y una mejoría mantenida tras optimización de pauta, constituyendo la mejor respuesta terapéutica documentada en toda su evolución y demostrando su valor como estrategia eficaz en psoriasis severas multirresistentes.

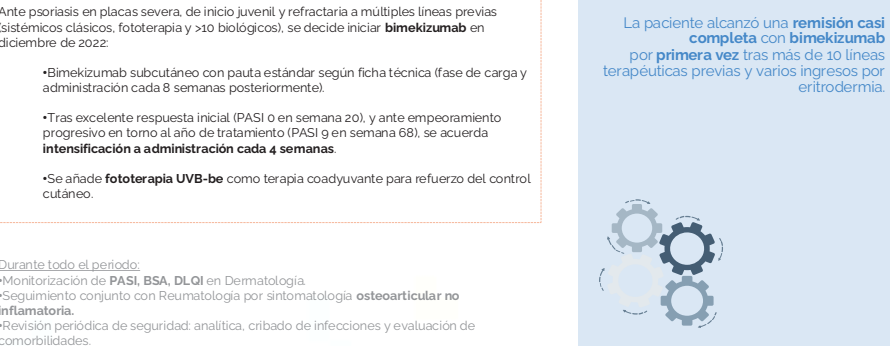
Anamnesis



Diagnóstico



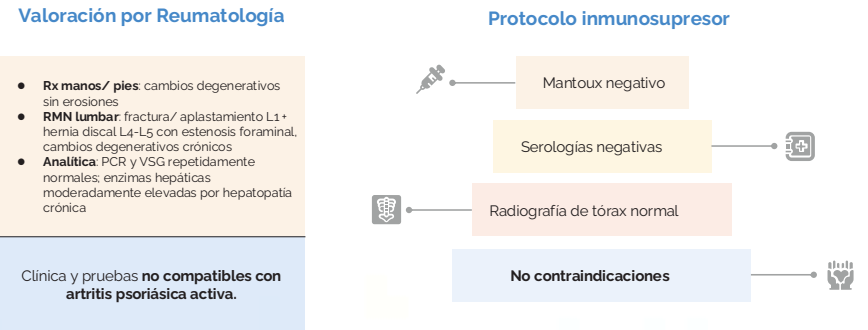
Tratamiento



Exploración física



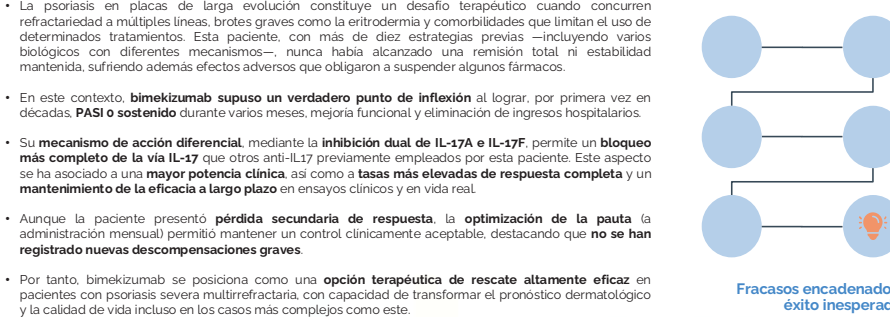
Exploraciones complementarias



Evolución



Comentario



Bibliografía

1. Blauvelt A, et al. *Durabilidad y eficacia de bimekizumab hasta 4 años en psoriasis moderada-grave.* J Am Acad Dermatol. 2025.

2. Warren RB, et al. *Bimekizumab en psoriasis severa: bloqueo IL-17A/F y superioridad clínica.* Dermatol Ther. 2024.

3. Clinical experience review. *Real-world outcomes of bimekizumab in multitreathed psoriasis patients.* EMJ Dermatology. 2025

4. Gordon KB, et al. *Ensayos BE VIVID / BE RADIANT / BE SURE: respuesta completa sostenida con bimekizumab.* Lancet. 2021-2023.

5. Reich K, Warren RB, Lebwohl M, et al. "Dual inhibition of interleukin-17A and interleukin-17F with bimekizumab was superior to inhibition of interleukin-17A with secukinumab for the treatment of plaque psoriasis." *N Engl J Med.* 2021;385(24):2215-2226.

6. Warren RB, et al. "Bimekizumab efficacy and safety through 3 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis." *Br J Dermatol.* 2025;193(1):44-52.

7. Freitas E & Torres T. "Review of bimekizumab in the treatment of psoriasis: focus on patient selection and special populations." *Drugs.* 2021;81(15):1751-1762.

12. De rojo a blanco: un giro terapéutico en una eritrodermia psoriósica.

Eritrodermia psoriásica en paciente en tratamiento con adalimumab exitosamente tratado de forma rápida con bimekizumab.

Varón de 64 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipemia, y psoriasis vulgar en placas de 10 años de evolución controlada con tratamiento tópico. Acudió por empeoramiento progresivo de las lesiones (PASI 36, BSA 65%), iniciándose tratamiento con adalimumab. A las 4 semanas desarrolló una eritrodermia psoriásica con afectación cutánea casi total, escalofríos, artralgias, hipotensión y deterioro del estado general.

Se suspendió el tratamiento con adalimumab e inició bimekizumab, observándose una mejoría del 50% a las 4 semanas y del 90% a las 8 semanas. El caso destaca la excelente respuesta clínica a bimekizumab en una eritrodermia psoriásica grave refractaria a anti-TNF.

Exploración física

En la **exploración física** se aprecia una **eritrodermia descamativa** (Fig. 1) de forma generalizada (en torno al 95 aproximadamente) con respeto de mucosas y zonas de piel sana a nivel facial.

No se apreciaron articulaciones inflamadas.
Durante la exploración el paciente tenía **escalofríos** y **presentaba un regular estado general**.

BSA 95%

PGA-6

PASI 36

PURE-4 = 0



Figura 1. Afectación de casi la práctica totalidad de tronco y extremidades del paciente en forma de eritrodermia descamativa.

Anamnesis

VARÓN, 64 AÑOS.

Antecedentes personales: Hipertenso, diabético tipo 2, dislipémico, obesidad.
Tratamiento habitual: metformina, atorvastatina, valsartán, hidroclorotiazida y furosemida.

Enfermedad actual:
Varón de 64 años con **historia previa de psoriasis vulgar de 10 años** de evolución que acudió a consultas de dermatología por **empeoramiento** de su psoriasis en los **últimos 5 meses**. Tras el diagnostico de **psoriasis grave (PURE-4 = 0; PASI 26, BSA 65%)** se decidió inicio de **adalimumab** según ficha técnica.

A las 4 semanas del inicio del tratamiento el paciente presenta una **eritrodermia con un BSA de casi el 100%** asociado a escalofríos, **regular estado general**, artralgias y episodios de hipotensiones.

Se decidió realizar **biopsia cutánea** en ese momento.

Exploraciones complementarias

BIOPSIA CUTÁNEA

PARAQUERATOSIS, MICROABSCESOS CÓRNEOS, HIPERPLASIA REGULAR Y DERMATITIS PERIVASCULAR SUPERFICIAL.

SEROLOGÍAS

VIH, VHB, VHC Y LÚES: NEGATIVOS

MICROBIOLOGÍA

QUANTIFERON-TB: NEGATIVO

ANALÍTICA

NO HALLAZGOS DE INTERÉS EN HEMOGRAMA. PERFIL RENAL, HEPÁTICO Y LIPÍDICO EN RANGO DE NORMALIDAD.

Diagnóstico

ERITRODERMIA PSORIÁSICA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

Tratamiento

CAMBIO DE BIOLÓGICO

Ante una eritrodermia psoriásica en un paciente en tratamiento con ADALIMUMAB se decidió el cambio a otro tratamiento biológico con distinta diana.

ANTI IL17A/F

Se decidió iniciar BIMEKIZUMAB según ficha técnica: 320 mg en la semana 0, 4, 8, 12 y 16 y, a partir de entonces, cada 8 semanas.

Comentario

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que puede tener varias formas de presentación cutánea. La eritrodermia psoriásica es una forma grave y poco frecuente de psoriasis, con riesgo vital y manejo terapéutico complejo (1-2).

Presentamos un caso de eritrodermia psoriásica refractaria a adalimumab que se resolvió completamente en 4-8 semanas tras iniciar bimekizumab.

El interés del caso reside en la rápida respuesta clínica y la eficacia de bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe IL-17A y F, incluso en pacientes con fallo a biológicos previos (3-5). Ensayos clínicos y metaanálisis demuestran que bimekizumab es superior a adalimumab y otros biológicos en lograr aclaramiento cutáneo rápido y sostenido (PASI90-100), tanto en pacientes naïve como en pacientes que han pasado por otras líneas biológicas de tratamiento (3-5).

Además, su perfil de seguridad es favorable, siendo la candidiasis oral el efecto adverso más frecuente y generalmente leve [2,3].

Este caso subraya la utilidad de bimekizumab como alternativa eficaz y rápida en formas graves y resistentes de psoriasis, donde la evidencia en eritrodermia aún es limitada (2).

Bibliografía

- 1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021;397(10281):1301-1315. doi:10.1016/S0140-6736(20)32549-6
- 2. Megna M, Battista T, Potestio L, Ruggiero A, Ventura V, Fabbrocini G, et al. A case of erythrodermic psoriasis rapidly and successfully treated with Bimekizumab. J Cosmet Dermatol. 2023;22(3):1146-1148. doi: 10.1111/jocd.15543
- 3. 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.
- 4. Freitas E, Blauvelt A, Torres T. Bimekizumab for the Treatment of Psoriasis. Drugs. 2021 Oct;81(15):1751-1762. doi:10.1007/s40265-021-01612-z.
- 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):130-141. doi: 10.1056/NEJMoa2102388

Evolución

Semana 4 tras inicio de Bimekizumab

Se objetivó con tan solo una dosis de 320mg de bimekizumab una mejora del 50% de la eritrodermia (Fig. 2). Los escalofríos disminuyeron con mejora del estado general.

El paciente reportó molestias en una lesión en la espalda que se diagnosticó de quiste epidérmico inflamado procediendo a la inyección de triamcinolone intralesional del mismo.



Figura 2. Reducción marcada de la afectación eritrodérmica a aproximadamente el 50% de la superficie corporal. Se aprecia en la espalda una lesión inflamada correspondiente a un quiste epidérmico inflamado.

Evolución

Semana 8 tras inicio de Bimekizumab

Tras la segunda dosis de bimekizumab, a las 8 semanas el paciente presentaba una mejora del 90% (Fig. 3), con desaparición de casi la totalidad la afectación cutánea y sin sintomatología sistémica.

La inflamación del quiste epidérmico también estaba resuelta. No se reporto ningún efecto adverso.



Figura 3. Mejoría del 90% de la eritrodermia psoriásica.

13. El reto de la reexposición: cuando la psoriasis se transforma.

Resalta el desafío terapéutico de las reacciones paradójicas y la compleja interacción del sistema inmunitario.

Se trata de un paciente con psoriasis en placas controlada con adalimumab que, tras suspender y reintroducir el fármaco, desarrolló una psoriasis pustulosa generalizada paradójica. El cuadro se resolvió rápidamente tras una dosis de espesolimab (anti-IL-36R). El caso ilustra cómo los bloqueos de una interleucina pueden activar otras vías, evidenciando que no existen compartimentos estancos en la respuesta inmunológica.

Anamnesis

Varón de 30 años, natural de República Dominicana, sin antecedentes de interés salvo psoriasis en placas desde los 20 años tratado con tópicos (Cal/BD) con control aceptable. Es remitido de urgencia por empeoramiento clínico.

En la exploración inicial presentaba placas eritemato-descamativas gruesas dispersas por todo el cuerpo y cuero cabelludo. (BSA 27% PASI 29 PURE 4.1) (Fig 1)

Se realizó un estudio presistémico con analítica general normal, serologías y despistaje de tuberculosis, Chagas y Strongyloides que fue negativo.

Se inició adalimumab a dosis de psoriasis presentando mejoría progresiva de las lesiones a los 4 meses, con pérdida de seguimiento posterior e interrupción del tratamiento.

Acude nuevamente tras 3 meses sin medicación por un nuevo brote, por lo que se decide reiniciar adalimumab 40 mg semanal. Dos semanas más tarde, es valorado en urgencias por empeoramiento de las lesiones, que relaciona con el reinicio del tratamiento, con dolor cutáneo sin otra clínica sistémica acompañante.



Fig1. Primera consulta. Brote de psoriasis en placas generalizado con áreas descamativas gruesas salpicadas por el cuerpo y extremidades.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física

Previo a la reintroducción de adalimumab, presentaba placas eritematodescamativas dispersas sobre piel hiperpigmentada residual con afectación palmar, tronco y extremidades. PASI 9,3 BSA 10% PGA3 (Fig 2A).

Tras dos dosis de adalimumab 40 mg semanal, presentaba parches eritematosos con zonas de piel sana e hiperpigmentada y múltiples lesiones pustulosas en el borde eritematoso con descamación en collarete. No tenía afectación mucosa oral ni palmoplantar. Tampoco fiebre ni otra clínica sistémica. BSA 70% GGPGA 3 (Fig2B)



Fig2. Comparación previa a la reintroducción de adalimumab con presencia de placas eritematodescamativas e hiperpigmentadas (Fig 2A). Manchas eritematosas amplias con pústulas periféricas y parches de piel sana (Fig2B).

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploraciones complementarias

Analítica general

Leve elevación de reactante de fase aguda (PCR 0.9) con neutrofilia leve sin leucocitosis (7,5 PMN)

Niveles TNF:

Niveles de Adalimumab 0.25 µg / ml

Anticuerpos frente a Adalimumab 132.00 UA/ml (VN: 0.00 - 10.00)

Biopsia:

Piel de brazo derecho con dermatitis perivascular superficial con polimorfonucleares neutrófilos asociado a pustulosis subcórnea. La imagen histológica es compatible con una psoriasis pustulosa.

Diagnóstico

Psoriasis pustulosa generalizada paradójica en paciente con psoriasis en placas tratado con adalimumab

Tratamiento

Se pautó un ciclo de prednisona 30mg en pauta descendente y se decidió ingreso del paciente para administración de espesolimab 900mg 1 dosis y baños terapéuticos.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentarios

Se presenta un paciente con psoriasis en placas que desarrolla psoriasis pustulosa generalizada (PPG) paradójica durante el tratamiento con adalimumab y su rápida mejoría tras una dosis de espesolimab (anti-IL-36R).

Los anti-TNF-α pueden inducir una inflamación paradójica al aumentar el interferón-α, activando linfocitos T y neutrófilos^{1,2}. La suspensión y reintroducción del anti-TNF favorecen la formación de autoanticuerpos, como en nuestro caso, con un aumento de la actividad inflamatoria, agravando el cuadro³.

En la PPG, la vía de la interleucina 36 (IL-36) es clave: su activación desencadena una intensa cascada proinflamatoria y la formación de pústulas estériles⁴. La interacción entre los ejes TNF/IL-23/IL-17 e IL-36 puede favorecer la transición de una psoriasis en placa hacia una forma pustulosa paradójica, como en el presente caso.

La suspensión del anti-TNF es clave, ya que se considera un efecto de clase. El espesolimab está indicado para brotes agudos de PPG en adultos y se caracteriza por una respuesta clínica muy rápida del brote pustuloso. Su eficacia en este caso refuerza el papel central de la vía IL-36 en las formas pustulosas paradójicas⁵.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Evolución

A las 48 horas de la administración, el paciente presentó una llamativa mejoría clínico-sintomática con reducción del dolor y desaparición de la mayoría de las pústulas.

A la semana presentaba descamación tenue y un mínimo eritema residual de las zonas más afectas (Fig3).

Dada la buena evolución, se inició acitretino 10mg e ixekizumab 80mg mensuales como mantenimiento con buen control.



Fig 2B y 3. Comparación de imagen previa y tras una semana, desaparición de eritema con áreas xeróticas con borde descamativo de coloración eritematosa tenue residual.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Bibliografía

- Conrad C, Di Domizio J, Mylonas A, Belkhdja C, Demaria O, Navarini AA, Lapointe AK, French LE, Vernez M, Gilliet M. TNF blockade induces a dysregulated type I interferon response without autoimmunity in paradoxical psoriasis. Nat Commun. 2018 Jan 2;9(1):25)
- Maronese CA, Valenti M, Moltrasio C, Romagnuolo M, Ferrucci SM, Gilliet M, Costanzo A, Marzano AV. Paradoxical Psoriasis: An Updated Review of Clinical Features, Pathogenesis, and Treatment Options. J Invest Dermatol. 2024 Nov;144(11):2364-2376. doi: 10.1016/j.jid.2024.05.015. Epub 2024 Jul 2. PMID: 38958610.
- Bucalo A, Rega F, Zangrilli A, Silvestri V, Valentini V, Scafetta G, Marraffa F, Grassi S, Rogante E, Piccolo A, Cucchiara S, Viola F, Bianchi L, Ottini L, Richetta A. Paradoxical Psoriasis Induced by Anti-TNFα Treatment: Evaluation of Disease-Specific Clinical and Genetic Markers. Int J Mol Sci. 2020 Oct 23;21(21):7873. doi: 10.3390/ijms21217873. PMID: 33114187; PMCID: PMC7660646.
- Furue K, Yamamura K, Tsuji G, Mitoma C, Uchi H, Nakahara T, Kido-Nakahara M, Kadono T, Furue M. Highlighting Interleukin-36 Signalling in Plaque Psoriasis and Pustular Psoriasis. Acta Derm Venereol. 2018 Jan 12;98(1):5-13
- Cardenas-de la Garza JA, Dominguez-Chapa E, Garza-Elizondo AK, Polina-Lugo RL, Martinez JD, Welsh E, Gómez-Flores M, Galarza-Delgado DA. Treatment with spesolimab in patients with generalized pustular psoriasis: a review of real-world experience. Clin Exp Dermatol. 2025 Aug 22;50(9):1733-1740.)

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



14. Estrategia terapéutica innovadora en lesiones cutáneas de patrón pustuloso anular.

Se trata de una manifestación clínica infrecuente y de manejo complejo, por la escasez de evidencia sobre alternativas terapéuticas eficaces para este patrón pustuloso y anular. El caso ilustra la utilidad clínica del bloqueo dual de IL-17A e IL-17F frente a manifestaciones graves, aportando información novedosa sobre seguridad, eficacia y rapidez de mejoría en situaciones de difícil control.

Este caso describe a una mujer joven con antecedentes de brotes dermatológicos desde el nacimiento, que desarrolló lesiones cutáneas de gran extensión y morfología anular pustulosa, difíciles de controlar con tratamientos previos, y que presentó una excelente respuesta clínica tras la administración de bimekizumab.

La paciente, procedente de Colombia, llegó recientemente a España e inició seguimiento dermatológico por lesiones dolorosas, pruriginosas y recurrentes, con deterioro sistémico en los brotes intensos. En la exploración, predominaban placas eritematosas y anulares con descamación. La biopsia confirmó la presencia de psoriasis pustulosa.

El tratamiento con bimekizumab, un biológico de última generación que bloquea las interleucinas IL-17A e IL-17F, condujo a la remisión rápida de las lesiones pustulosas y la mejoría clínica global, persistiendo únicamente lesiones residuales leves y sin síntomas sistémicos activos.

Exploración física

A la exploración física presentaba placas eritematosas de aspecto psoriasiforme y lesiones anulares descamativas.

La afectación corporal era amplia, con mínima afectación facial y sin afectación palmar.

En los brotes más intensos, se apreciaban lesiones pustulosas anulares generalizadas, dolorosas y con repercusión sistémica.



Anamnesis

Una mujer de 31 años, procedente de Colombia, recién llegada a España, sin antecedentes familiares de interés, acudió a nuestras consultas de dermatología, por un brote de lesiones cutáneas extensas.

Refiere que al nacimiento presentó eritrodermia ictiosiforme, y posteriormente ha tenido brotes de lesiones pruriginosas que ha realizado tratamientos con ciclos de corticoides en Colombia.



Exploraciones complementarias

Cultivos: escamas y levaduras negativos; cultivo bacteriano con S. aureus escasas colonias.
Analítica: IgE elevada (544 UI/mL), neutrofilia y PCR 24 mg/L en brotes. Quantiferon y Mantoux negativos.
Biopsias cutáneas:
1. Interbrote: Dermatitis psoriasiforme.
2. En brote: psoriasis pustulosa intra y subcórnea impetiginizada, con IFD negativa.
PCR virus herpes/VZV: negativas.
Radiografía de tórax y ecografía abdominal: normales.
Estudio genético: pendiente (sospecha de DITRA, mutaciones en IL36RM).

Diagnóstico

Con la exploración física y la biopsia cutánea, se realizó el diagnóstico de psoriasis pustulosa generalizada, probablemente de origen genético tipo DITRA (deficiencia del antagonista del receptor de IL-36) pendiente de resultado de estudio genético.

Tratamiento

Se pautó tratamiento con bimekizumab (320 mg subcutáneos semanas 0, 4, 8, 12, 16 y luego cada 8 semanas), apreciando una evolución muy favorable con desaparición de las pústulas y apreciándose lesiones residuales mínimas, sin dolor ni inflamación activa.



Evolución

Tras comenzar Bimekizumab, ha presentado una evolución muy favorable con desaparición de pústulas, apreciándose lesiones residuales mínimas, sin dolor ni inflamación activa.

Mantiene seguimiento dermatológico y pendiente de resultados genéticos.

Comentario

La psoriasis pustulosa es una enfermedad inflamatoria sistémica poco frecuente y grave, caracterizada por pústulas estériles sobre placas eritematosas y procesos de inflamación aguda o recurrente. Tradicionalmente, los medicamentos biológicos para psoriasis pustulosa se centraban en inhibidores de IL-17A y TNFα, pero bimekizumab, que bloquea tanto IL-17A como IL-17F, ha mostrado resultados superiores y rápidos en estudios recientes, con buena eficacia tanto en piel como en articulaciones y un perfil de seguridad aceptable.

En conclusión, a pesar de ser un tratamiento relativamente nuevo, bimekizumab ha mostrado resultados excepcionales en psoriasis pustulosa. Nosotros contribuimos con un caso clínico que apoya estos hallazgos.

Bibliografía

1. Okubo, Y., Tada, Y., Takahashi, H., Abe, M., Yamanaka, K., Tilt, N., Cross, N., Deherder, D., Matano, M., & Nakagawa, H. (2025, agosto 11). Efficacy and Safety of Bimekizumab in Japanese Patients with Generalised Pustular Psoriasis and Erythrodermic Psoriasis: 3-Year Results from BE BRIGHT, a Multicentre, Open-Label, Phase 3 Study. Dermatology and Therapy, 15(10), 2947-2966. <https://doi.org/10.1007/s13555-025-01509-9>.

2. Chung, M., & Elewski, B.E. (2025, enero 13). Treatment of Generalized Pustular Psoriasis with Bimekizumab. SKIN The Journal of Cutaneous Medicine, 9(1), 2112-2115. <https://doi.org/10.25251/skin.9.1.12>

3. Passeron, T., Perrot, J.L., Jullien, D., Goujon, C., Ruer, M., Boye, T., Villani, A.P., & Quiles Tsimaratos, N. (2024, febrero 1). Treatment of Severe Palmoplantar Pustular Psoriasis With Bimekizumab. JAMA Dermatology, 160(2), 199-203. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.5051>

4. Hagino, T., Saeki, H., & Kanda, N. (2023, octubre). Two cases of generalized pustular psoriasis successfully treated with bimekizumab. The Journal of dermatology, 50(10), e357-e358. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.16866>

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



15. Control simultáneo de psoriasis en placas y asma persistente grave mediante tratamiento combinado con ustekinumab y omalizumab.

El caso destaca por ser, hasta donde alcanza la revisión de la literatura disponible, el primer caso descrito de tratamiento combinado con ustekinumab y omalizumab en un paciente con psoriasis en placas y asma persistente grave. La coexistencia de enfermedades inflamatorias mediadas por vías inmunológicas distintas y la buena evolución clínica sin eventos adversos relevantes aportan evidencia útil sobre la seguridad y la racionalidad terapéutica de la combinación de biológicos en situaciones seleccionadas.

Varón de 53 años con psoriasis en placas de 12 años de evolución y asma persistente grave con poliposis nasosinusal en tratamiento estable con omalizumab desde hace 8 años. La psoriasis mostraba respuesta insuficiente a terapias sistémicas previas, incluyendo fototerapia, acitretino y metotrexato. Ante un brote de empeoramiento cutáneo se inició ustekinumab 45 mg, manteniendo omalizumab debido al buen control del asma. A las 12 semanas se observó mejoría clínica significativa (reducción del PASI del 62 %) y, hacia los 8 meses, el paciente alcanzó respuesta PASI 90 con impacto mínimo en la calidad de vida, sin efectos adversos relevantes y sin descompensación del asma. El caso respalda la posibilidad de combinar terapias biológicas dirigidas a vías inmunológicas distintas en pacientes seleccionados con comorbilidad inflamatoria compleja.

Exploración física

En la exploración se observaban placas eritemato-descamativas infiltradas, bien delimitadas, con predominio en las regiones pretibiales y laterales de ambas piernas, así como en superficies extensoras de codos y rodillas. Se identificaban además lesiones en las caras laterales s de los muslos, de menor infiltración, y descamación leve en el cuero cabelludo. La puntuación inicial fue PASI 13. No se objetivó afectación ungueal, ni datos clínicos de artritis psoriásica (Figs. 1A-C y 2).

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Anamnesis

Varón de 53 años, sin antecedentes familiares de psoriasis, con psoriasis en placas (Ps) de 12 años de evolución. Como comorbilidad relevante presenta asma persistente grave con poliposis nasosinusal, en tratamiento estable con omalizumab desde hace ocho años, con buen control clínico.

Inicialmente fue tratado de la Ps con fototerapia UVB de banda estrecha, con respuesta parcial. Posteriormente recibió acitretino, que se suspendió por mala tolerancia mucocutánea. Se pautó después metotrexato por vía oral y subcutánea, con buena respuesta inicial, pero finalmente se retiró por pérdida de eficacia y efectos adversos digestivos.

Ante un brote de mayor intensidad con empeoramiento de la clínica cutánea y prurito marcado, se decidió iniciar tratamiento biológico con ustekinumab 45 mg, manteniendo omalizumab dada la buena evolución del asma y no existir evidencia en la literatura que contraindique el uso conjunto de los mismos.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Exploración física

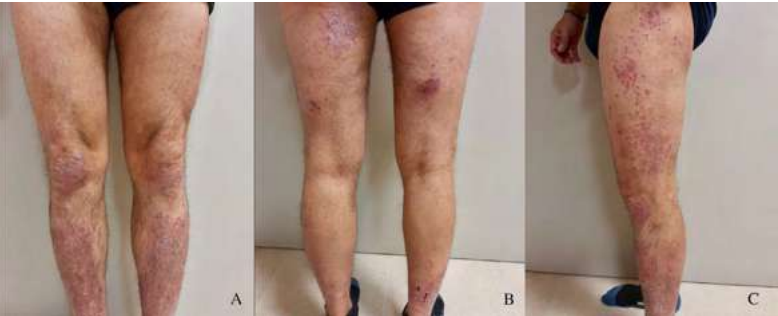


Figura 1
Antes del tratamiento con ustekinumab (manteniendo omalizumab): Placas eritemato-descamativas infiltradas en rodillas y cara anterior de piernas (A), cara posterior de muslos y región supramaleolar (B) y caras laterales de muslos y piernas (C), con distribución simétrica, descamación gruesa y costras por rascado, además de zonas de pérdida parcial de cabello en región pretibial.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



Exploración física



Figura 2

Antes del inicio de ustekinumab (manteniendo omalizumab): Placas eritemato-descamativas infiltradas en ambos codos, con superficie hiperqueratósica, bordes bien definidos y eritema marcado.

Exploraciones complementarias

Se realizaron hemograma, bioquímica y perfil hepatorenal, todos dentro de la normalidad. La IgE total se encontraba elevada y se observó eosinofilia moderada, hallazgos esperables en el contexto de asma alérgica. El cribado previo a tratamiento biológico incluyó ANA, serologías para hepatitis B y C, y Quantiferon-TB, todos con resultado negativo. La radiografía de tórax no mostró hallazgos patológicos.

Diagnóstico

- Psoriasis en placas de intensidad moderada, con respuesta insuficiente a terapias sistémicas previas.
- Asma persistente grave con poliposis nasosinusal en tratamiento estable con anticuerpo monoclonal anti-IgE.

Evolución



Figura 3

A los 8 meses de tratamiento combinado (ustekinumab + omalizumab): Resolución casi completa de las placas, sin infiltración ni descamación visible y recuperación progresiva del cabello en las áreas previamente afectadas.

Evolución



Figura 4

A los 8 meses de tratamiento combinado (ustekinumab + omalizumab): Resolución de las lesiones en codos, con piel normocolorada y sin infiltración palpable.

Tratamiento

Se inició ustekinumab 45 mg por vía subcutánea, siguiendo la pauta de inducción en semanas 0 y 4 y posteriormente cada 12 semanas como mantenimiento. Se mantuvo el tratamiento con omalizumab 600 mg cada 4 semanas, dada la buena evolución del asma y la ausencia de exacerbaciones. Se recomendaron emolientes de uso diario. No se emplearon corticoides sistémicos.

La combinación se eligió por la coexistencia de dos enfermedades inflamatorias mediadas por vías inmunológicas distintas (asma alérgica dependiente del eje Th2 y Ps vinculada al eje Th1/Th17), buscando sinergia terapéutica y evitando nuevas rotaciones de fármacos.

Evolución

En la evaluación a las 12 semanas de tratamiento combinado se observó una respuesta clínica parcial significativa, con reducción del PASI de 13 a 5 (-62 % respecto al basal). Las placas mostraban menor infiltración, disminución de la descamación y atenuación del eritema, especialmente en regiones pretibiales y codos. El DLQI descendió de 11 a 6, reflejando mejoría en la percepción del impacto funcional.

La respuesta continuó de manera progresiva y sostenida, de modo que hacia el octavo mes de tratamiento el paciente alcanzó un PASI 0,5 (-96 % respecto al basal; respuesta PASI 90), con práctica resolución de las lesiones y persistencia únicamente de una placa residual mínima en región supramaleolar (Figs. 3A-B y 4). El DLQI se situó en 1, compatible con impacto mínimo en la calidad de vida.

Durante todo el seguimiento, el control del asma se mantuvo estable bajo omalizumab, sin exacerbaciones ni necesidad de intensificación terapéutica. No se registraron efectos adversos clínicamente relevantes ni infecciones graves, y los controles analíticos permanecieron dentro de la normalidad.

En la actualidad, el paciente mantiene ustekinumab junto con omalizumab en pauta estable, con control óptimo de la Ps y excelente calidad de vida.

Comentario

Hasta donde alcanza la revisión de la literatura, no se han descrito casos de tratamiento combinado con ustekinumab y omalizumab en pacientes con Ps y asma persistente grave, ya que los casos publicados con esta combinación corresponden a Ps asociada a urticaria crónica espontánea¹.

Este caso muestra la eficacia y seguridad del uso conjunto de ustekinumab y omalizumab en un paciente con Ps moderada refractaria a terapias sistémicas previas y asma persistente grave controlada con anti-IgE. La literatura reciente respalda la viabilidad del empleo simultáneo de terapias biológicas dirigidas a vías inflamatorias diferentes, sin incremento significativo de efectos adversos graves^{2,3}.

Desde el punto de vista inmunológico, la combinación resulta racional, al modular de forma paralela los ejes Th1/Th17 implicado en la Ps y Th2/IgE predominante en el asma alérgica⁴. Esta diferenciación de dianas puede favorecer una respuesta clínica sostenida en ambas patologías.

Dado que la experiencia descrita es limitada, este caso contribuye a ampliar la evidencia sobre la seguridad y utilidad de la terapia biológica combinada en pacientes con comorbilidad inmunológica compleja⁵.

Bibliografía

1. Gajić Z, Perić J, Đorđević S, Marković M, Todorović D, Stanković A, et al. Two-track biologic therapy for concurrent chronic spontaneous urticaria and psoriasis vulgaris in one patient. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(9):995–996.
2. Fougousse AC, Becherel PA, Pallure V, Moguelet P, Héron E. Combining omalizumab with another bioterapy: A retrospective study of 10 cases. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(4):424–425.
3. Koç Yıldırım S, Erbağcı E, Hapa A. Omalizumab treatment in combination with any other biologics: Is it really a safe duo? *Australas J Dermatol*. 2023;64(3):229–233.
4. Karstari Bakay OS, Kacar N. Combined treatment with omalizumab and secukinumab in a patient with chronic spontaneous urticaria and psoriasis. *Dermatol Ther*. 2022;35(4):e15202.
5. Diotallevi F, Paolinelli M, Radi G, Campanati A, Offidani A. Latest combination therapies in psoriasis: narrative review of the literature. *Dermatol Ther*. 2022;35(1):e15759.
6. Yoong NKM, Wong XL, Sullivan J. Retrospective review on safety and efficacy of combination biologic therapy for psoriasis. *Australas J Dermatol*. 2025; in press.

16. La prioridad será el paciente.

El uso de terapias avanzadas en psoriasis no se debe retrasar por el diagnóstico concomitante de neoplasias malignas.

Varón de 57 años con comorbilidades cardiometabólicas y psoriasis extensa naïve a tratamiento sistémico que durante el inicio de tratamiento biológico para control del dominio cutáneo, metabólico y articular recibe el diagnóstico de una leucemia linfática crónica. Se discute el riesgo-beneficio de los tratamientos biológicos de forma concomitante de una neoplasia maligna.

Anamnesis

CONSULTA DERMA-REUMA

Varón 57 años

Hipertensión
Diabetes Mellitus II
Obesidad
Fumador (fines de semana)

Psoriasis (25 años evolución)
Aunque le recomendaron realizar tratamiento sistémico en consultas previas, había decidido por creencias propias no iniciarlo

Artralgias y derrame articular rodilla unilateral
Artralgias ritmo mixto y dudosa afectación lumbar de años de evolución



Diagnóstico

Psoriasis grave

- Obesidad
- Enfermedad Hepática Esteatósica Asociada a Disfunción Metabólica



Tratamiento

Se utilizó ciclosporina 3,5mg/kg como un tratamiento puente, sin mejoría del dominio cutáneo (mínima disminución del eritema)

- Tras las analíticas básicas y a la espera del resto de pruebas complementarias se inicia Bimekizumab en ficha técnica por:
- Psoriasis grave
 - Probable afectación axial (pendiente a pruebas complementarias, RMN)
 - Enfermedad Hepática Esteatósica Asociada a Disfunción Metabólica
 - Obesidad



Exploración física

PASI: 25
DLQI: 12
PGA: 4

Test de Faber positivo



Exploraciones complementarias

Hemograma: discreta linfocitosis
Bioquímica GGT y HbA1c alterada
Serologías (VHC, VHB, VIH) negativas
Artrocentesis rodilla izquierda: líquido mecánico
RMN sacroiliacas solicitada



Evolución

PASI 0 a las 10 semanas



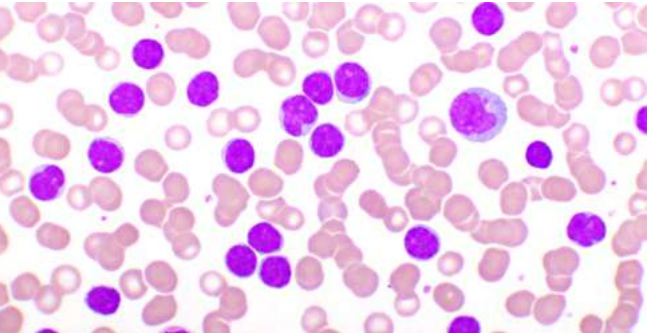
Diagnóstico

Psoriasis grave

- Obesidad
- Enfermedad Hepática Esteatósica Asociada a Disfunción Metabólica

Durante el seguimiento se añade el diagnóstico de: Leucemia linfática crónica

Linfocitosis previa a inicio de bimekizumab que había pasado desapercibida y fue estudiada tras inicio de tratamiento



Diagnóstico

Lentiginosis eruptiva tras remisión de placas de psoriasis.

Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques (ELRP)

Fenómeno poco frecuente
Se han reportado casos tras tratamientos tópicos, sistémicos clásicos y biológicos

Un estudio por Wang et al mostró que el aumento de IL-17 y TNF en placas de psoriasis estimulan el crecimiento de melanocitos y suprimen genes responsables de la pigmentación (Figura 1).

La ELRP podría representar una respuesta exagerada de repigmentación tras la resolución rápida de las placas psoriásicas.

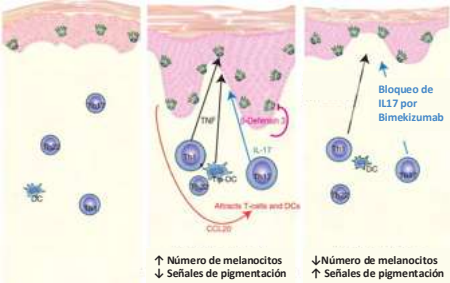
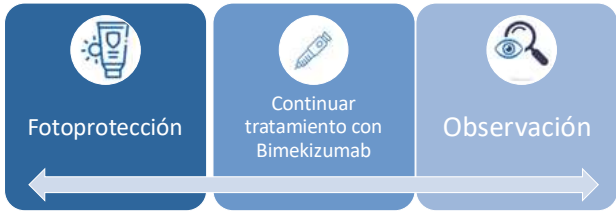


Figura 1 : Modificado de Wang et al. Posible fisiopatogénesis de la ELRP

Tratamiento

La lentiginosis eruptiva tras remisión de placas de psoriasis es una condición benigna



No se ha descrito tratamiento efectivo ante la ELRP, se decide control evolutivo

Bibliografía

1. Sepúlveda F, Córdova-Jadue H, Reeves MB, González-Aspillaga C. Lentiginosis eruptiva confinada a áreas de resolución de placas de psoriasis después del tratamiento con metotrexato. *Piel.* 2020;35(9):560-562. doi:10.1016/j.piel.2019.12.017

2. Aguado-Vázquez A, Sanchez-Motilla JM, Mateu-Puchades A. Lentiginosis eruptiva tras resolución de dermatitis atópica severa. *Actas Dermosifiliográficas.* 2023;115(5):503. doi:10.1016/j.ad.2023.02.029

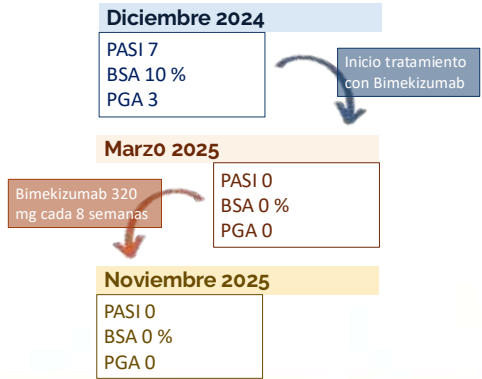
3. Singh S, Beniwal R. Methotrexate-induced eruptive lentiginosis in resolving psoriasis: a phenomenon possibly dependent on cytokine modulation. *Clin Exp Dermatol.* 2019 Jul;44(5):e212-e213. doi: 10.1111/ced.13968. Epub 2019 May 5. PMID: 30900774.

4. Khanna U, Oprea Y, Fisher M, Halverstam C. Eruptive lentigines confined to psoriatic plaques following biologic therapy. *Clin Rheumatol.* 2022 Oct;41(10):3257-3258. doi: 10.1007/s10067-022-06276-y. Epub 2022 Jul 11. PMID: 35816253.

5. Micieli R, Alavi A. Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques. *JAAD Case Rep.* 2018 Oct 10;4(9):924-929. doi: 10.1016/j.jidcr.2018.07.021. PMID: 30320197; PMCID: PMC6180241.

6. Wang CQF, Akalu YT, Suarez-Farinas M, Gonzalez J, Mitsui H, Lowes MA, Orlow SJ, Manga P, Krueger JG. IL-17 and TNF synergistically modulate cytokine expression while suppressing melanogenesis: potential relevance to psoriasis. *J Invest Dermatol.* 2013 Dec;133(12):2741-2752. doi: 10.1038/jid.2013.237. Epub 2013 Apr 30. PMID: 23732752; PMCID: PMC3830693.

Evolución



Collage imágenes 1 y 3: Evolución de las lesiones. A la derecha placas de psoriasis generalizadas en espalda (diciembre 2024). A la izquierda lesiones sugestivas de ELRP sin lesiones de psoriasis (marzo 2025)

Comentario - Conclusiones

Lentiginosis eruptiva tras remisión de placas de psoriasis.

Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques (ELRP)



La ELRP es un fenómeno poco frecuente descrito en el contexto de la resolución de placas de psoriasis en el que aparecen **máculas lentiginosas** localizadas **en la misma zona** donde previamente había una placa psoriásica que está en remisión.

Las lesiones suelen aparecer los primeros 6 meses tras la remisión de la placa.



El diagnóstico es clínico, pero si se biopsia la histología muestra características compatibles con lentigo.

Se trata de una condición benigna para la que no existe tratamiento. Algunos autores proponen que su aparición podría ser un marcador de buena respuesta.



18. Bimekizumab atacando al neutrófilo: posible nueva indicación.

Se presenta un caso clínico que demuestra la eficacia y seguridad de bimekizumab en el tratamiento de una enfermedad dermatológica minoritaria.

Se presenta el caso de un varón de 30 años natural de Honduras diagnosticado de psoriasis en placas y artritis psoriásica y en tratamiento con metotrexato desde octubre de 2025. Ingresa en nuestro hospital por cuadro de malestar general asociado a fiebre y lesiones pustulosas generalizadas y es diagnosticado de psoriasis pustulosa generalizada. El paciente es refractario a múltiples tratamientos incluyendo ciclosporina, ixekizumab y secukinumab. Finalmente se inicia bimekizumab con respuesta rápida y mantenida del dominio cutáneo y articular, sin prácticamente efectos adversos relevantes.

Anamnesis

Varón de 30 años

Natural de Honduras, diagnosticado de artritis psoriásica en octubre de 2015 y en tratamiento con metotrexate 15 mg semanal

En abril de 2019 ingresa en nuestro hospital por fiebre y lesiones cutáneas generalizadas



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploraciones complementarias

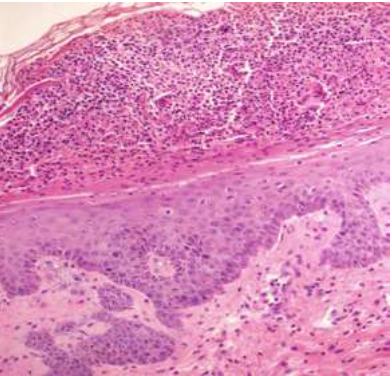
Se practica una analítica que muestra leucocitosis con neutrofilia

Los hemocultivos fueron negativos



Exploraciones complementarias

Se realizó una biopsia puncha que histológicamente mostraba pústulas espongiformes de Kogoj, hiperqueratosis con paraqueratosis, microabscesos de Munro, elongación de las crestas epidérmicas y dilatación de los capilares de las papilas dérmicas



Exploración física

Se observaban múltiples placas eritematodescamativas generalizadas afectando tronco, extremidades superiores e inferiores acompañadas de pústulas en superficie



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Exploración física



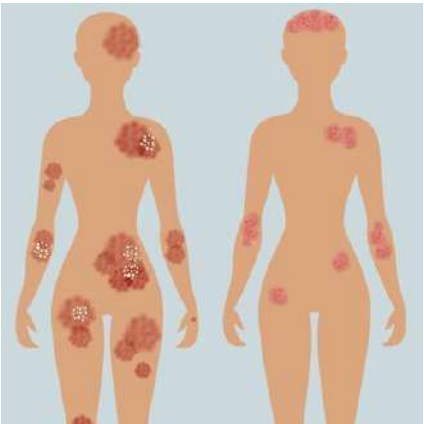
RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Diagnóstico

Con los hallazgos clínicos, analíticos e histológicos se llega al diagnóstico de psoriasis pustulosa generalizada



RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Tratamiento

El paciente recibió inicialmente ciclosporina A a dosis de 5 mg/kg/día, sin conseguir respuesta.

Posteriormente se inició secukinumab que se mantuvo hasta mayo 2021, se paró por pérdida de eficacia en dominio articular y cutáneo.

En mayo 2021 se inició ixekizumab que se mantuvo hasta abril 2024, se paró nuevamente por pérdida de eficacia en dominio articular y cutáneo.

En abril 2024 se inicia bimekizumab en pauta de inducción y mantenimiento, con rápido aclaramiento de las lesiones cutáneas y reducción de la actividad articular, estando el paciente. PASI 0 y NAD 0 en la última visita (octubre 2025). No ha desarrollado ningún efecto adverso destacable.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:



Comentario

Este caso clínico ilustra un paciente diagnosticado de psoriasis pustulosa generalizada y refractario a múltiples tratamientos sistémicos (ciclosporina, ixekizumab, secukinumab) que finalmente responde a bimekizumab, tanto en el dominio cutáneo como articular, sin prácticamente efectos adversos destacables.

La psoriasis pustulosa generalizada es una enfermedad inflamatoria sistémica grave caracterizada por pústulas difusas y síntomas sistémicos, impulsada por vías como la IL-36 y IL-17. Bimekizumab, un inhibidor dual IL-17A/F no tiene aun indicación para esta enfermedad pero podría ser un tratamiento válido debido a su eficacia y rapidez de acción.

Bibliografía

1.Hagino T, Saeki H, Kanda N. *Two cases of generalized pustular psoriasis successfully treated with bimekizumab*. J Dermatol. 2023.

2.Chung M, Elewski BE. *Treatment of Generalized Pustular Psoriasis with Bimekizumab*. SKIN: The Journal of Cutaneous Medicine. 2025.

3. Rivera-Díaz R, de la Cueva P, Puig L, et al. Generalized Pustular Psoriasis: A Review on Clinical Characteristics, Diagnosis and Treatment. *Dermatology and Therapy (Heidelb)*. 2023.

4. Fujita H, Shimizu A, et al. Japanese guidelines for the management and treatment of generalized pustular psoriasis: The new pathogenesis and treatment of GPP. *J Dermatol*. 2018.

5. Navarini AA, Burden AD, Capon F, Mrowietz U, Puig L, Köks S, Kingo K, Smith C, Barker JN; ERASPE Network. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017.

6. Puig L, Marzano AV, et al. Generalized pustular psoriasis: a global Delphi consensus on clinical course, diagnosis and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023.

19. Un caso de psoriasis refractaria a varios tratamientos.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 2-3% de la población. Las formas moderadas o graves de esta enfermedad impactan la calidad de vida. Su manejo incluye terapias sistémicas y biológicas dirigidas contra diversas moléculas como TNF-α, IL-23 o IL-17. Actualmente se están investigando nuevos biológicos e inhibidores de moléculas pequeñas, nuevos fármacos tópicos, así como vías de administración transdérmica de fármacos. Otro campo en estudio son los biomarcadores genómicos, proteómicos o metabolómicos, que podrían optimizar el diagnóstico, predecir la respuesta terapéutica y personalizar el tratamiento. En un futuro, la identificación de biomarcadores podría permitir estrategias individualizadas más eficaces.

Varón de 53 años con psoriasis en placas sin afectación articular de 14 años de evolución. Desde el inicio de la enfermedad había realizado varios tratamientos tanto tópicos como sistémicos con escasa mejoría e incluso empeoramiento, por lo que se inició adalimumab, que se suspendió meses después por desarrollo de eritrodermia. Posteriormente, y siguiendo el protocolo de tratamiento con fármacos biológicos de nuestro centro, se inició tildrakizumab, con eficacia escasa. Después se decidió suspender este tratamiento y pautar ustekinumab, cuya respuesta está pendiente de ser evaluada debido a su inicio reciente.

Anamnesis

Presentamos el caso de un varón de 53 años, entre cuyos antecedentes personales destacaban diabetes mellitus tipo 2 mal controlada y retinopatía asociada, así como cólicos renales de repetición. Presentaba psoriasis en placas sin afectación articular desde hacía catorce años, por lo que realizaba seguimiento en Dermatología desde el inicio de la enfermedad. Durante este periodo había realizado varios tratamientos tanto tópicos como sistémicos con efectividad parcial.

Exploración física

Se observaban placas eritemato-descamativas que ocupaban casi todo el abdomen (Fig. 1), así como lesiones similares en cuello (Fig. 2-3), brazos, rodillas y espalda (Fig. 4). También presentaba eritema y descamación en cuero cabelludo, orejas y cuello. Tanto las palmas como las plantas estaban respetadas.



Figura 1. Placas eritemato-descamativas ocupando casi toda la superficie de abdomen y brazos.



Figuras 2 y 3. Placas psoriasiformes en cuello, mejillas y orejas.

Exploraciones complementarias

Durante el transcurso de varios tratamientos, que se detallarán posteriormente, el paciente presentó ausencia de mejoría e incluso empeoramiento de las lesiones cutáneas. Se hizo una biopsia-punch para realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como la micosis fungoide o la pitiriasis rubra pilaris. La biopsia mostró una epidermis acantósica con hiperplasia regular de crestas, paraqueratosis granular, ligera hipergranulosis focal y ligera espongiosis. En la dermis superficial se apreció un infiltrado inflamatorio crónico leve de disposición perivascular, compuesto por linfocitos, histiocitos y algunas células plasmáticas. El infiltrado linfoide expresaba marcadores T con adecuada relación CD4:CD8. Estos hallazgos eran sugestivos de psoriasis en placas. También se realizaron estudios analíticos que incluían autoinmunidad, serologías, despistaje de tuberculosis y proteinograma, además de un cultivo de escamas fúngicas. Todos ellos resultaron normales o negativos.

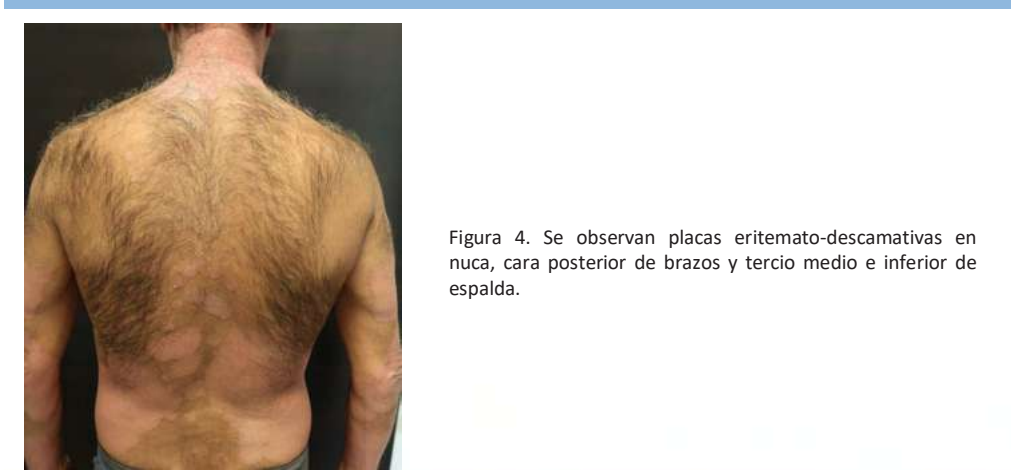


Figura 4. Se observan placas eritemato-descamativas en nuca, cara posterior de brazos y tercio medio e inferior de espalda.

Diagnóstico

Psoriasis en placas.

RETANDO LA PSORIASIS
II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Organiza:
AE
DV
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

GP3

Tratamiento

Durante el seguimiento en Dermatología, el paciente realizó inicialmente tratamiento con corticoides tópicos y con fototerapia, con mala respuesta. Posteriormente, hizo tratamiento en primer lugar con metotrexato y después con acitretina, sin lograr mejoría. Debido al empeoramiento progresivo de las lesiones se inició adalimumab, que se suspendió a los 6 meses de su inicio por eritrodermia que requirió ingreso hospitalario. Posteriormente, y siguiendo el protocolo de tratamiento con fármacos biológicos de nuestro centro, se inició tratamiento con tildrakizumab.

Comentario

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 2-3% de la población. Las formas moderadas o graves, determinadas por la extensión o intensidad de las lesiones, impactan significativamente la calidad de vida. Su manejo incluye terapias sistémicas y biológicas dirigidas contra diversas moléculas como TNF-alfa, IL-23 o IL-17 (1, 2). Actualmente se están investigando nuevos biológicos e inhibidores de moléculas pequeñas, como los de JAK, IL-36, RORγt o ROCK2. También están en desarrollo nuevos fármacos tópicos, así como vías de administración transdérmica de fármacos con microagujas o nanopartículas (3). Otro campo en estudio son los biomarcadores genómicos, proteómicos o metabolómicos, que podrían optimizar el diagnóstico, predecir la respuesta terapéutica y personalizar el tratamiento (3). En un futuro, la identificación de biomarcadores podría permitir estrategias individualizadas más eficaces y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Evolución

Tras el inicio de tildrakizumab el paciente dejó de acudir a las revisiones en Dermatología, pero continuó administrándose el fármaco. Tras dos años con este tratamiento, el paciente decidió retomar el seguimiento por falta de eficacia del mismo. En el momento de la consulta presentaba una psoriasis en placas extensa con PASI > 12 por lo que se decidió suspender el tratamiento con tildrakizumab e iniciar ustekinumab. Debido al inicio reciente de ustekinumab, la respuesta está pendiente de ser evaluada.

Bibliografía

1. Nast A et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of Psoriasis vulgaris – Part 1: treatment and monitoring recommendations.J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020 Nov;34(11):2461-2498. doi: 10.1111/jdv.16915.
2. Carrascosa JM et al. Actualización práctica de las recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GP3) para el tratamiento de la psoriasis con terapia biológica. Parte 2 «Manejo de poblaciones especiales, pacientes con comorbilidad y gestión del riesgo». Actas Dermo-Sifiliográficas. 2022 Jun;113(6): 583-609. doi.org/10.1016/j.ad.2022.01.024
3. Lee HJ y Kim M. Challenges and future trends in the treatment of psoriasis. Int J Mol Sci. 2023 Aug 28;24(17):13313. doi: 10.3390/ijms241713313.

20. Psoriasis en paciente oncológico: efectividad y seguridad de bimekizumab.

Opción segura y eficaz en el tratamiento del paciente oncológico. Un reto cada más frecuente.

Varón de 48 años con psoriasis en placas moderada diagnosticado en 2005. Inicialmente recibió tratamiento con acitretino y metotrexato, pero desde 2018 precisó cambio a adalimumab con buena respuesta, alcanzando un PASI absoluto de 3. En junio de 2024 se le diagnostica de un tumor del estroma gastrointestinal, por lo que se suspendió el tratamiento anti-TNF. En julio de 2024 es remitido a Dermatología por brote grave de psoriasis con lesiones muy inflamatorias e intensamente pruriginosas con afectación generalizada. Tras muy escasa mejoría con intensificación del tratamiento tópico, se consensuó inicio de bimekizumab, con una completa y muy rápida respuesta, manteniendo un PASI de 0 desde los 2 meses de tratamiento.

Anamnesis

- Varón, 48 años.
- En 2004 Psoriasis en placas generalizado. Tto. Acitretina.
- Desde 2004 hasta 2024 en Tenerife.
- Los últimos 5 años en tratamiento con Adalimumab.

Anamnesis

En junio 2024....Abdomen agudo.

- Cirugía general: Tumoración ileal hemorrágica.
- Estudio anatomopatológico: tumor del estroma gastrointestinal ileal de 9cm.
- Se suspende Adalimumab.
- Oncología: se plantea tratamiento con Imatinib, ante el buen resultado de la cirugía, se decide vigilancia.

Anamnesis

- En julio 2024 vuelve a Dermatología:
- Psoriasis en placas generalizado. PASI 18,6
 - Mucha afectación de cuero cabelludo.
 - Intenso prurito.
 - Se suspendió Adalimumab 1 mes antes.
 - Se decide tratamiento tópico.

Exploración física



Exploraciones complementarias

No se realizan exploraciones complementarias como parte del proceso diagnóstico.

Exploración física



Diagnóstico

Psoriasis y neoplasia

Tratamiento

- En Octubre, ante la escasa mejoría, se plantea iniciar de nuevo tratamiento biológico.
- Interconsulta con Oncología para ver si hay interacción con Imatinib.
- Se inicia tratamiento con Bimekizumab con la posología habitual

Evolución

A los 2 meses de tratamiento



Evolución

A los 2 meses de tratamiento



21. Un caso grave con comienzo a los meses de vida: un reto terapéutico.

La psoriasis infantil grave puede formar parte del espectro de enfermedades autoinflamatorias asociadas a la mutación del gen CARD 14, cuya determinación, nos ayuda a comprender y enfocar el tratamiento de esta enfermedad, que generalmente supone un reto terapéutico.

La paciente había comenzado a los 3 meses de vida con brotes de eritrodermia y psoriasis pustulosa, habiendo sido tratada en otro centro con ciclosporina (suspendida por hipertensión) y metotrexato. Ingresó en nuestro hospital a los 3 años por eritrodermia, por lo que ajustó metotrexato y tópicos. En consulta, por mala evolución se cambió a adalimumab y se solicitó estudio genético, con mutación en homocigosis en CARD14. Tras 27 meses con adalimumab, la paciente presentó fallo secundario por lo que se cambió a ustekinumab, con lo que actualmente se mantiene en buen control de su enfermedad.

Anamnesis

Nuestra paciente, comienza a los 3 meses de vida había con brotes de eritrodermia y psoriasis (con biopsia compatible), por los que había recibido tratamiento con ciclosporina (suspendido por hipertensión) y metotrexato, tratamiento que llevaba cuando llega a nuestro centro. La paciente tenía antecedentes familiares de psoriasis en madre y abuela paterna. No presentaba otros antecedentes de interés.

A nuestro hospital, acude por primera vez con 3 años de vida por un nuevo brote de eritrodermia (Figura 1) a raíz de una infección respiratoria, a pesar del metotrexato.

Para resolver el brote no hizo falta poner ciclosporina porque evolucionó bien ajustando tratamiento tópico. Al alta citamos a la paciente para seguimiento en consulta.

Ya en consulta, solicitamos estudio prebiológico completo, manteniendo el metotrexato a la espera de resultados. Dado el inicio precoz y gravedad del cuadro se decide pedir estudio genético, ante la sospecha de un trastorno autoinflamatorio de la queratinización.

Comentario

Psoriasis y neoplasia

- Se deben evitar los inhibidores del TNF- alfa.
- Inhibidores de IL17 e IL23. En principio parecen seguros.
- Este caso demuestra la seguridad y eficacia de Bimekizumab en estos pacientes.

Anamnesis

Figura 1

Ingreso por eritrodermia. Placas eritematodescamativas muy extensas, generalizadas, que parecen confluir dejando islotes de piel sana respetadas.



Exploración física

La paciente presenta placas eritematodescamativas muy extensas, generalizadas, que parecen confluir dejando islotes de piel sana respetadas (lo que puede hacer pensar también en una pitiriasis rubra pilaris).

Llama la atención una gran afectación facial y de cuero cabelludo (Figura 2), presentando aquí eritema y escamas muy hiperqueratósicas.

Exploración física

Figura 2

Afectación facial de la paciente en el ingreso inicial, con placas muy hiperqueratósicas en cuero cabelludo.



Exploraciones complementarias

Biopsia cutánea: acantosis epidérmica con hipogranulosis e hiperqueratosis paraqueratósica, a nivel dérmico se observa dilatación y proliferación de capilares en las papilas dérmicas, compatible con psoriasis.

Estudio genético: variante c674_675 en el gen CARD14 en homocigosis, probablemente patogénica.

Evolución

Tras la mala respuesta a metotrexato, se inicia adalimumab 20 mg subcutáneo, con dosis de inducción y luego cada 14 días. Se logró una respuesta PASI 75 en semana 16 y PASI 100 en la 24. Se consiguió mantener un buen control de su enfermedad durante 27 meses, cuando se suspendió por fallo secundario. Al haber cumplido ya 6 años de vida, se cambió a ustekinumab, tratamiento que lleva actualmente la paciente. Se ha conseguido recuperar la respuesta completa de su enfermedad tras 16 semanas (Figura 3)

Durante el periodo que estaba con adalimumab, la paciente presentó dos episodios que cabe mencionar: una escarlatina en febrero 2024 tras una otitis media aguda, y una pustulosis exantemática generalizada aguda tras toma de amoxicilina por una nueva otitis media aguda.

Evolución

Figura 3

Revisión tras 16 semanas con ustekinumab. Únicamente quedan placas de hipopigmentación postinflamatoria.



Diagnóstico

Paciente con un trastorno autoinflamatorio de la queratinización, en forma de psoriasis infantil grave, con mutación en homocigosis en CARD14.

Tratamiento

Tratamientos que había llevado la paciente previamente a acudir a nuestro centro:

- Ciclosporina: suspendido por hipertensión.
- Metotrexato: suspendido por ineficacia. La paciente presentaba brotes de eritrodermia a pesar de este.

Tratamientos pautados en nuestro centro:

- Adalimumab. Buen control durante 27 meses.
- Ustekinumab: Tratamiento que lleva actualmente la paciente.

Evolución

Figura 4

Episodio de pustulosis exantemática generalizada aguda.

Se observan pústulas agrupadas sobre placas eritematosas.



Comentario

La mutación en el CARD14 está englobada dentro de los trastornos autoinflamatorios de la queratinización. La enfermedad de debut en la edad adulta generalmente se manifiesta como psoriasis en placas y psoriasis pustulosa palmoplantar, mientras que el fenotipo de inicio en la infancia a menudo está asociado con formas clínicas más severas, como la psoriasis pustulosa generalizada.

Fue definido en 2018 por Craiglow como CAPE (erupción papuloescamosa asociada a CARD14). El fenotipo clínico suele caracterizarse por un marcado compromiso facial y una fuerte historia familiar, reflejado por un patrón de herencia autosómica dominante.

Esta entidad no suele responder adecuadamente a las terapias convencionales. La literatura reciente (casos/series y al menos una revisión sistemática de casos) apoya ustekinumab como una opción con evidencia observacional consistente en *CARD14*; además, hay una creciente experiencia positiva con inhibidores de IL-17-a partir de casos aislados.

Bibliografía

1. Peña A, et al. Trastornos autoinflamatorios de la queratinización. Actas Dermo. 2021; 112(10):891-900.

2. Puig L, et al. Psoriasis: bases genéticas y patogenéticas. Actas Dermo. 2014; 105(6):535-45.

3. DeVore S, et al. The Role of the CBM Complex in Allergic Inflammation and Disease. J Allergy Clin Immunol. 2022; 150(5):1011-30.

4. Craiglow C, et al. CARD14-associated papulosquamous eruption: A spectrum including features of psoriasis and pityriasis rubra pilaris. J Am Acad Dermatol. 2018; 79(3):487-94.

5. Gupta, et al. CARD 14 associated papulosquamous eruption – A rare cause of erythroderma and successful management with secukinumab. IJDVL. 2024.

6. Nieto, et al. Clinical response to ustekinumab in CARD14-associated papulosquamous eruption (CAPE) with a new missense mutation in CARD14: a case report and systematic review. JEADV. 2020; 34(11):728-30.

7. Chiramel, et al. Safety and Efficacy of Secukinumab in a Child with CARD14-Associated Papulosquamous Eruption: A Case Report and Review of Literature. IADVJ. 2024; 16(3):462-5.

8. Klein B, et al. Clinical response of CARD14-associated papulosquamous eruption to an anti-interleukin-17^a antibody. BJD. 2022;187(3):419-22.

22. Intervención nutricional como modulador de la respuesta clínica.

Presentamos un caso clínico que sugiere que una intervención dietética con dieta mediterránea puede tratarse de una herramienta terapéutica efectiva en pacientes que no presentan control óptimo con fármacos.

Varón de 47 años, con psoriasis en placas con control inadecuado con tratamiento tópico. Se realiza intervención dietética de alta intensidad con dieta mediterránea, de 16 semanas de duración, supervisada por una nutricionista que contacta con el paciente mensualmente. En la evolución clínica tras la intervención, se observa gran mejoría de las lesiones cutáneas, y finalmente no es necesario el inicio de medicación sistémica.

Anamnesis

Varón de 47 años

Acude a consultas de Dermatología por psoriasis de 21 años de evolución.

Presenta antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con losartán e hipercolesterolemia en tratamiento con rosuvastatina.

Buen control de la psoriasis con tratamiento tópico a lo largo de los años.

Sin embargo, en los últimos meses no ha presentado mejoría de las lesiones de psoriasis pese a que se encuentra aplicando combinación de calcipotriol y betametasona en crema a diario desde hace dos meses.

Exploración física

A la exploración, el paciente presenta placas eritematosas y descamativas, con descamación nacarada, bien delimitadas, localizadas en codos y aspectos extensores de antebrazos, en región abdominal, en región lumbar y en ambas regiones inguinales. No otras lesiones cutáneas. En la **Figura 1** y **Figura 2** se muestran las lesiones cutáneas del paciente.



Figura 1. Vista anterior de miembros superiores y abdomen del paciente, en la valoración inicial.



Figura 2. Vista posterior de región lumbar y extremidades inferiores del paciente, en la valoración inicial.

Exploraciones complementarias

No se realizan exploraciones complementarias como parte del proceso diagnóstico.

Diagnóstico

Psoriasis en placas.

Tratamiento

Se proponen al paciente diferentes opciones terapéuticas. Por un lado se le propone inicio de medicación sistémica, pero el paciente es reticente al comienzo de medicación inmunomoduladora, según refiere él mismo, "porque ya toma mucha medicación".

Por este motivo, se propone al paciente continuar con tratamiento tópico y realizar un cambio en la alimentación. Se realiza una intervención dietética, en el contexto del ensayo clínico MEDIPSO¹ (Impacto de la Dieta Mediterránea en pacientes con Psoriasis). Al paciente se le indica la realización de una intervención nutricional de alta intensidad con dieta mediterránea de 16 semanas de duración. Se le entregó material informativo, menús, aceite de oliva virgen extra y una nutricionista contactó con el paciente mensualmente a lo largo de estas 16 semanas.

Tratamiento

Las recomendaciones dietéticas de la intervención coincidieron con los hábitos incluidos en la definición de dieta mediterránea del cuestionario er-MEDAS.² Se instruyó al paciente para consumir ≥ 4 cucharadas de AOVE al día para cocinar y aliñar; ≥ 2 raciones (200 g/ración) diarias de verduras (al menos una cruda); ≥ 3 raciones (125 g/ración) diarias de fruta (incluidos zumos naturales); ≥ 3 raciones (60–80 g/ración) semanales de legumbres; ≥ 3 raciones (150 g/ración) semanales de pescado o marisco (al menos una de pescado azul); ≥ 3 raciones (30 g/ración) semanales de frutos secos; escoger carnes blancas (aves sin piel, conejo) frente a carnes rojas (vacuno, cerdo) o procesadas (embutidos, hamburguesas); cocinar de forma habitual (≥ 2 veces/semana) con sofrito (tomate, ajo y cebolla en AOVE) para condimentar platos; consumir cereales integrales (pan, pasta, arroz) en lugar de refinados; y eliminar o limitar el consumo de nata, mantequilla y margarina, bebidas azucaradas/carbonatadas, bollería (dulces, tartas, pasteles, galletas) y alimentos ultraprocesados.

El paciente mantuvo el tratamiento a diario con calcipotriol/betametasona crema a diario, tal y como lo había estado haciendo previamente. Se le permitiría desintensificar la pauta a dos aplicaciones por semana sólo si presentaba mejoría.

Bibliografía

- Perez-Bootello J, Berna-Rico E, Abbad-Jaime de Aragon C, et al. Impact of the Mediterranean Diet on Patients With Psoriasis: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2025;14:e64277. doi:10.2196/64277
- Schröder H, Zomeño MD, Martínez-González MA, et al. Validity of the energy-restricted Mediterranean Diet Adherence Screener. *Clin Nutr*. 2021;40(8):4971–4979. doi:10.1016/j.clnu.2021.06.030
- Perez-Bootello J, Berna-Rico E, Abbad-Jaime de Aragon C, et al. Mediterranean Diet and Patients With Psoriasis: The MEDIPSO Randomized Clinical Trial. *JAMA Dermatol*. Published online September 24, 2025:e253410. doi:10.1001/jamadermatol.2025.3410
- Molina-Leyva A, Cuenca-Barrales C, Vega-Castillo JJ, Ruiz-Carrascosa JC, Ruiz-Villaverde R. Adherence to Mediterranean diet in Spanish patients with psoriasis: Cardiovascular benefits? *Dermatol Ther*. 2019;32(2):e12810. doi:10.1111/dth.12810
- Korovesi A, Dalamaga M, Kotopoulí M, Papadavid E. Adherence to the Mediterranean diet is independently associated with psoriasis risk, severity, and quality of life: a cross-sectional observational study. *Int J Dermatol*. 2019;58(9):e164–e165. doi:10.1111/ijd.14523
- Castaldo G, Rastrelli L, Galdo G, Molettieri P, Rotondi Aufiero F, Cereda E. Aggressive weight-loss program with a ketogenic induction phase for the treatment of chronic plaque psoriasis: A proof-of-concept, single-arm, open-label clinical trial. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif*. 2020;74:110757. doi:10.1016/j.nut.2020.110757

Evolución

El paciente acudió a la revisión 16 semanas después del inicio de la intervención. Presentó clara mejoría de las lesiones cutáneas, como se puede apreciar en las **Figuras 3 y 4**.

En el momento de la valoración en la semana 16, el paciente sólo aplicaba el tratamiento dos veces por semana. Dada la excelente mejoría, se indica al paciente que continúe consumiendo dieta mediterránea. No se inicia finalmente tratamiento sistémico por el adecuado control de la enfermedad en este momento.



Figura 3. Vista anterior de miembros superiores y abdomen del paciente, en la semana 16. Se aprecia resolución de las placas de psoriasis con respecto a la valoración inicial.



Figura 4. Vista posterior de región lumbar y extremidades inferiores del paciente, en la semana 16. Se aprecia importante mejoría de las placas de psoriasis con respecto a la valoración inicial.

Comentario

Presentamos el caso de un paciente con psoriasis en placas con mal control con tratamiento tópico, en el que se consigue remisión de la enfermedad únicamente añadiendo tratamiento dietético al tratamiento tópico. Este paciente forma parte de los participantes del ensayo clínico MEDIPSO,³ cuyos resultados sugieren que una intervención con dieta mediterránea produce mejoría de la psoriasis. Otros estudios, observacionales en este caso, han sugerido también que la dieta mediterránea podría suscitar mejoría en la psoriasis.^{4,5,6}

Situaciones como esta sugieren que una intervención dietética con dieta mediterránea puede tratarse de una herramienta terapéutica efectiva en pacientes que no presentan control óptimo con fármacos.

23. Dos vías con un mismo destino.

Prurigo nodular como reacción paradójica asociada a adalimumab en pacientes con psoriasis tratada de forma exitosa con upadacitinib.

Paciente de 44 años con psoriasis en placas de más de 10 años de evolución. Tras múltiples fallos a otros tratamientos, se inició adalimumab. Tras varios meses en tratamiento con este fármaco, mejoría de las lesiones habituales de psoriasis, pero apareciendo un prurito intenso en abdomen y extremidades inferiores. A la exploración se constató la presencia de lesiones de prurigo nodular, que se catalogaron como reacción paradójica a adalimumab en ese contexto. Se decide suspender adalimumab y tratar con upadacitinib, mostrando el paciente mejoría rápida del prurito y manteniendo el control de sus lesiones de psoriasis.

Anamnesis

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 44 años, procedente de Pakistán.
Psoriasis en placas de larga evolución.
Tratamientos realizados:

- Combinación de corticoides y análogos de vitamina D.
- Acitretina (10 mg/día), suspendido por hipertrigliceridemia.
- Adalimumab desde hace 4 meses, mostrando mejoría inicial.

ENFERMEDAD ACTUAL

Consulta por la aparición reciente de lesiones cutáneas localizadas en abdomen, extremidades superiores e inferiores, que se acompañan de un prurito intenso con empeoramiento de la calidad de vida y el sueño.

Exploración física

Pápulas y placas liquenificadas distribuidas en zonas de alcance en ambas extremidades inferiores y abdomen.



Exploraciones complementarias

BIOPSIA CUTÁNEA

(2022). Pierna izquierda: Dermatitis psoriasiforme

NIVELES DE ADALIMUMAB

(2024): Indetectables. Anticuerpos (títulos: 22,83 AU/mL)

Exploración física

Pápulas y placas liquenificadas distribuidas en zonas de alcance en ambas extremidades inferiores y abdomen.



Exploración física

Pápulas y placas liquenificadas distribuidas en zonas de alcance en ambas extremidades inferiores y abdomen.



Diagnóstico

Prurigo nodular inducido por adalimumab en paciente con psoriasis.

Tratamiento

- Fototerapia: Se administraron inicialmente ocho sesiones (200 mJ, con incrementos de 100 mJ cada dos sesiones). Ante la escasa respuesta clínica y la dificultad de compatibilizar el tratamiento con sus obligaciones laborales, se decidió suspender.
- Upadacitinib 15 mg cada 12 horas.
- Infiltraciones de corticoide intralesional como tratamiento coadyuvante.

Evolución

Tras tres meses de tratamiento con upadacitinib el paciente presenta una disminución franca del prurito. En la exploración física se observa desaparición de xerosis cutánea y de las pápulas excoriadas. Además, las placas hiperpigmentadas en piernas presentan menor grosor e infiltración.



Comentario

Los agentes biológicos constituyen terapias fundamentales para la psoriasis cutánea y articular¹, aunque ocasionalmente pueden inducir efectos adversos cutáneos². Algunos pacientes con psoriasis en tratamiento biológico desarrollan manifestaciones cutáneas compatibles con un fenotipo atópico. La hipótesis más aceptada postula que la inhibición de la vía Th1/Th17 favorece la activación Th2, característica de la dermatitis atópica³. Por ello, puede llegar a ser necesario la suspensión o cambio de diana terapéutica. En el caso descrito, la aparición de prurigo nodular tras adalimumab motivó el cambio terapéutico al no resolverse con fototerapia. Upadacitinib, inhibidor selectivo de JAK1 aprobado para dermatitis atópica moderada-grave⁴, aunque solamente está aprobado en artritis psoriásica, si ha mostrado eficacia en series limitadas para psoriasis en placas⁵. En nuestro paciente, dado los antecedentes de psoriasis, y el prurito incesante de las lesiones de prurigo tras iniciar tratamiento con anti-TNF, se consideró que upadacitinib podría lograr el control de ambas situaciones. Este caso respalda a upadacitinib como opción eficaz y segura para pacientes psoriásicos complejos con activación simultánea de ejes Th1/Th17 y Th2.

24. Desafíos terapéuticos en la psoriasis lineal: un caso clínico de difícil manejo.

La psoriasis lineal es una entidad rara que plantea importantes retos diagnósticos y terapéuticos. Presentamos este caso por su evolución refractaria al tratamiento convencional, la dificultad en el diagnóstico diferencial y el interés en ampliar la limitada evidencia existente sobre su manejo.

Presentamos el caso de un varón de 22 años con diagnóstico de psoriasis desde los 5 años. Las lesiones se iniciaron en el tercer dedo de la mano derecha, con extensión progresiva al resto del cuerpo. Presentaba placas de psoriasis en codos, rodillas y zona lumbar destacando la placa inicial lineal eritematodescamativa que se extendía desde el tercer dedo de la mano derecha y que ascendía por el borde cubital de antebrazo hasta el codo siguiendo el trayecto de las líneas de Blaschko. Además, se observó onicólisis distal e hiperqueratosis subungueal en la uña del tercer dedo. En este caso, a pesar del tratamiento con fototerapia UVB banda estrecha y corticoides tópicos, la respuesta no fue completamente satisfactoria. Sin embargo, la introducción de adalimumab, un inhibidor del factor de necrosis tumoral (TNF- α), resultó en una mejora notable de las lesiones en placas. Sin embargo, la lesión lineal persistió, lo que sugiere que algunos tipos de psoriasis atípica, como la psoriasis lineal en patrón blaschkoide, pueden tener una respuesta clínica diferente a los tratamientos convencionales. Actualmente, se ha decidido iniciar una nueva terapia biológica ante el fracaso de los tratamientos previos.

Diferenciar la psoriasis lineal de otras dermatosis lineales no es fácil. La combinación de una anamnesis completa, un examen minucioso de la piel y la histopatología es esencial para asegurar un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

Anamnesis

Presentamos el caso de un varón de 22 años con diagnóstico de psoriasis desde los 5 años. Las lesiones se iniciaron en el tercer dedo de la mano derecha, con extensión progresiva al resto del cuerpo. Presentaba placas de psoriasis en codos, rodillas y zona lumbar destacando la placa inicial lineal eritematodescamativa que se extendía desde el tercer dedo de la mano derecha y que ascendía por el borde cubital de antebrazo hasta el codo siguiendo el trayecto de las líneas de Blaschko.



Fig. 1

Fig. 2

Bibliografía

[1] Wride AM, Chen GF, Spaulding SL, Tkachenko E, Cohen JM. Biologics for Psoriasis. *Dermatol Clin*. 2024 Jul;42(3):339-355. doi: 10.1016/j.det.2024.02.001. Epub 2024 Mar 13. PMID: 38796266.

[2] Sin-Soler M, Romani J, Gamissans M, Riera-Martí N, Lara A, Ribera M. [Translated article] Immune-Mediated Skin Reactions to Tumor Necrosis α Inhibitors: A Review of 30 Cases. *Actas Dermosifiliogr*. 2024 Jan;115(1):T21-T27. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2023.10.027. Epub 2023 Nov 3. PMID: 37923081.

[3] Al-Janabi A, Alabas OA, Yiu ZZN, et al. Risk of Paradoxical Eczema in Patients Receiving Biologics for Psoriasis. *JAMA Dermatol*. 2024;160(1):71-79. doi:10.1001/jamadermatol.2023.4846

[4] Robinson L, Strowd LC. American Academy of Dermatology Guidelines for Managing Atopic Dermatitis. *Adv Exp Med Biol*. 2024;1447:217-225. doi: 10.1007/978-3-031-54513-9_18. PMID: 38724796.

[5] Gargiulo L, Ibba L, Pavia G, Avagliano J, Cortese A, Costanzo A, Narcisi A. Upadacitinib for the treatment of concomitant psoriasis and atopic dermatitis: a case series. *J Dermatolog Treat*. 2023 Dec;34(1):2183729. doi: 10.1080/09546634.2023.2183729. PMID: 36809172.

Exploración física

Presentaba placas de psoriasis en codos, rodillas y zona lumbar destacando la placa inicial lineal eritematodescamativa que se extendía desde el tercer dedo de la mano derecha y que ascendía por el borde cubital de antebrazo hasta el codo siguiendo el trayecto de las líneas de Blaschko. Además se observó onicólisis distal e hiperqueratosis subungueal en la uña del tercer dedo.



Fig. 3

Fig. 4

Exploraciones complementarias

El diagnóstico diferencial de la psoriasis lineal puede ser amplio. El nevo epidérmico verrugoso lineal inflamatorio (NEVIL), que también sigue las líneas de Blaschko y suele desarrollarse en la infancia, representa el principal reto diagnóstico, seguido del liquen estriado. Por ello, se decidió realizar una biopsia cutánea que mostró hallazgos de psoriasis, lo que reafirmó el diagnóstico inicial.



Autores

1. Dos por uno.

Cristian Fernando Caballero Linares, Mercedes Hospital Gil. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

2. El signo de la cuerda: un hallazgo inusual en la consulta de psoriasis.

José María Camino Salvador¹, Jaime Martínez Mariscal^{2,3}, Alicia Martínez Fernández¹, Isabel Zapata Martínez¹, Javier Torres Marcos¹, Consuelo Sánchez Herreros¹, Fernando Alfageme Roldán⁴, Esther de Eusebio Murillo¹⁻⁵. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara. 2. Instituto Médico Ricart, Madrid. 3. Anderson MD, Madrid, España. 4. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid. 5. Departamento Médico, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

3. Alteraciones ungueales aisladas en mujer joven con deseo gestacional: un reto diagnóstico y terapéutico.

Juan Jiménez Cauhé, Emilio Berná Rico, Asunción Ballester Martínez. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

4. Cuando el doble bloqueo marca la diferencia.

Jorge Martín-Nieto González, Belén Rodríguez Sánchez, Luis Jiménez Briones, Ofelia Baniandrés Rodríguez. | Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

5. El hombre roca: un ejemplo de variabilidad clínica y necesidad de combinación terapéutica.

Pilar Villodre Lozano, Iván Blay Simón, Cristina Sabater González, Almudena Mateu Puchades. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

6. Milagro dual, historia de una piel que volvió a empezar.

Jorge López Cano, Rocío del Carmen Bueno Molina, Roberto Daza García, Lourdes Rodríguez Fernández-Freire. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

7. Bimekizumab: un tratamiento seguro y eficaz en pacientes con terapia dirigida oncológica activa.

Eduardo Esteban-Garrido, Carlos Palomar-Prieto, Laura Fernández-de la Fuente, Alberto Romero-Maté. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

8. 20 uñas, 20 años de retraso.

Andrés Vidal González, María Luisa Alonso Pacheco, María José Beato Merino, Pedro Herranz Pinto. | Hospital Universitario La Paz, Madrid.

9. Eritrodermia con islas de piel respetada resuelta tras bloqueo dual de interleuquina-17.

Belén Rodríguez Sánchez, Jorge Martín-Nieto González, María Córdoba García-Rayó, Ofelia Baniandrés Rodríguez. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

10. Psoriasis pustulosa con afectación articular axial: un reto terapéutico.

Lucía Pinto Pulido, Isabel Polo Rodríguez, Ana Belén Piteiro Bermejo, Susana Medina Montalvo. | Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

11. Fracazos encadenados, éxito inesperado: la vía que cambió la evolución.

Catalina Axpe Gil, Nicolás Silvestre Torner, Diego Hernández de Jesús, María Jesús Barros Eyzaguirre. | Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

12. De rojo a blanco: un giro terapéutico en una eritrodermia psoriásica.

Omar Al-wattar Ceballos, Marina Montero García, Mónica Gómez Manzanares, Marcos Carmona Rodríguez. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

13. El reto de la reexposición: cuando la psoriasis se transforma.

Jon Fulgencio Barbarin, José Luis Alejo Fernández-Baillo, Raquel Rivera Díaz. | Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

14. Estrategia terapéutica innovadora en lesiones cutáneas de patrón pustuloso anular.

Amaia Barrutia Etxebarria, Jone López Martínez, Javier Gimeno Castillo, Zuriñe Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya. | Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz, Álava.

15. Control simultáneo de psoriasis en placas y asma persistente grave mediante tratamiento combinado con ustekinumab y omalizumab.

Abrahan Santa Cruz Martín, Paola Maldonado Cid, Ricardo Valverde Garrido, Marta Folcrá González, Noelia García Muñoz, Iolanda Prats Caelles. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

16. La prioridad será el paciente.

Daniel Ramos Rodríguez¹, Daniel Sánchez Báez¹, Lorena Expósito Pérez², Antonio Jenaro Aznar Esquivel², Marta García Bustinduy¹, Francisco Guimerá Martín-Neda¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias. 2. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias.

17. La huella del blanqueamiento.

Irene Arévalo Ortega, Bárbara Lada Colunga, Ane Lobato Izaguirre, Rosa María Izu Belloso. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya.

18. Bimekizumab atacando al neutrófilo: posible nueva indicación.

Sergi Pujadas Vilà, Gloria Aparicio Español, Vicente García-Patos Briones. | Servicio de Dermatología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

19. Un caso de psoriasis refractaria a varios tratamientos.

Nerea Infante Gonzalo, Natalia Valero Montalvo, Paula Arratibel Goenaga, Hirune Cembrero Saralegui. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián.

20. Psoriasis en paciente oncológico: efectividad y seguridad de bimekizumab.

María Pino Gil Mateo, Roberto Cabrera Paz, Noelia Medrano Martínez. | Hospital Universitario de La Palma, Santa Cruz de Tenerife.

21. Un caso grave con comienzo a los meses de vida: un reto terapéutico.

José Carrasco Muñoz, Irene Albert Cobo, Isabel Belinchón Romero, Laura Berbegal de Gracia. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

22. Intervención nutricional como modulador de la respuesta clínica.

Javier Pérez Bootello, Emilio Berná Rico, Carlota Abbad Jaime de Aragón, Álvaro González Cantero. | Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

23. Dos vías con un mismo destino.

Sergio Rodríguez Conde, Mónica Roncero Riesco. | Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

24. Desafíos terapéuticos en la psoriasis lineal: un caso clínico de difícil manejo.

Lucía García Almazán, Celia Campoy Carreño, Ángel López Ávila, Francisco José De León Marrero. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Santa María del Rosell, Cartagena, Murcia.

RETANDO LA PSORIASIS

II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS



RETANDO LA PSORIASIS

II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS

Patrocina:



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

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

