



Solapso

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PSORIASIS

www.solapso.org
solapso@solapso.org

1.-Anti TNF y riesgo de infección viral.

Kim, S. y Solomon, D.

NatRevRheumatol 2010;6:165-174

El factor de necrosis tumoral juega un rol esencial en la respuesta inmune. Desde la introducción de los anti TNF en la terapéutica de diversas enfermedades inflamatorias se ha visto incrementado el riesgo de tuberculosis e infecciones fúngicas. Este artículo revisa todas las publicaciones relacionadas al uso de anti TNF en pacientes con infección por VIH, varicela zoster, Epstein Bar, citomegalovirus, sarcoma de Kaposi, HPV, moluscos contagiosos, leucoencefalopatía multifocal progresiva y otros virus y analiza cada caso reportado en cuanto a la medicación inmunosupresora que recibía, la terapéutica instaurada para la complicación surgida y la evolución del caso.

Además recomienda para los pacientes inmunocomprometidos por estos tratamientos las pautas de vacunación del CDC (Centro de Control y Prevención de Enfermedades). Destaca la importancia de indicar la vacunación previo al inicio de tratamiento en lo posible, y que la contraindicación sólo es para vacunas a virus vivos.

2.-Previniendo y tratando infecciones oportunistas asociadas a biológicos.

Winthrop, K. y Chiller, T.

NatRevRheumatol 2009;5:405-410

En los últimos 10 años han sido aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) cuatro anti TNF: infliximab, etanercept, adalimumab y certolizumab para el tratamiento de enfermedades autoinmunes. Estudios in vitro han demostrado que el TNF cumple un papel esencial en la respuesta inmune contra infecciones por bacterias, hongos, parásitos y micobacterias. Estudios observacionales sugieren el riesgo incrementado de infecciones en pacientes en tratamiento anti TNF. Al extenderse el uso de anti TNF en regiones tropicales y países en desarrollo puede ser necesaria la prevención de las infecciones prevalentes en dichas regiones.

Dada la importancia del TNF en la formación del granuloma es importante descartar tuberculosis latente a través de PPD o la prueba de Quantiferón que presenta la ventaja de ser más específica, dado que reconoce una secuencia de ADN propia del *Micobacterium Tuberculosis* a diferencia de la PPD que no es específica y reacciona también con el *Micobacterium Bovis*, usado en la BCG, por lo que en países donde se vacuna daría resultados falsos positivos y también falsos negativos. Refuerza la importancia de la quimioprofilaxis con isoniacida durante 9 meses para la TBC latente (PPD mayor o igual a 5 mm). Recuerda tener en cuenta las micosis profundas: histoplasmosis, coccidioidomicosis y blastomicosis en especial en el continente americano donde estas micosis son endémicas.

3.-Psoriasis asociada con Hepatitis C pero no con Hepatitis B.

Cohen, A.; Weitzman, D. y cols.

Dermatology 2010;220:218-222

Hepatitis B y C son infecciones virales sistémicas que comprometen el hígado, pueden evolucionar a la cronicidad, cirrosis y hepatocarcinoma. Se transmiten por sangre y hemoderivados. Son grupos de riesgo trabajadores de la salud, drogadictos endovenosos y hombres homosexuales activos. Se asocian a enfermedades autoinmunes como tiroiditis, nefritis y crioglobulinemia mixta idiopática. La asociación entre psoriasis y hepatitis C ha sido descrita en trabajos previos.

Este estudio se realiza en Israel sobre una base de datos de una población de 3.800.000 habitantes. Incluye 12.502 pacientes con psoriasis y 24.287 controles mayores de 20 años. La prevalencia de hepatitis C fue 1.03% en psoriasis vs. 0.56% para controles, el riesgo fue mayor para ancianos, sexo masculino, población no obesa y no fumadores. Respecto a la hepatitis B la prevalencia fue 0.74% en psoriasis vs. 0.57% para controles, la diferencia no fue estadísticamente significativa y los grupo de mayor riesgo fueron los mismos que para hepatitis C.

En conclusión la psoriasis se asocia a hepatitis C tanto en pacientes fumadores como no fumadores, esta asociación es independiente del tratamiento con interferón y se especula que mecanismos proinflamatorios sean comunes en la patogenia de estas enfermedades.

4.-Psoriasis, hígado y tracto gastrointestinal.

Gisondi, P.; Del Giglio, M. y cols.
DermatolTher 2010;23:155-159

Psoriasis es una enfermedad crónica, inflamatoria, inmunomediada que se asocia a comorbilidades, entre ellas: artritis psoriásica, enfermedad inflamatoria intestinal y desórdenes cardiometabólicos.

Este artículo hace foco en la patología digestiva, a saber: hígado graso no alcohólico, enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerosa y enfermedad celíaca. La enfermedad hepática no alcohólica va desde el hígado graso sin compromiso funcional hasta la fibrosis, cirrosis y hepatocarcinoma, se ha encontrado en 48-59% de los pacientes con psoriasis vs. 20-30% de los controles teniendo en cuenta diferentes trabajos. Se debe tener en cuenta el hígado graso en pacientes con psoriasis dado que aumenta la posibilidad de toxicidad medicamentosa. Para la enfermedad de Crohn, en psoriasis la prevalencia fue 0.5% vs. 0.004-0.04% para los controles. Respecto a la colitis ulcerosa, la frecuencia en psoriasis fue 0.5% vs. 0.05-0.07% controles. Se destaca en la enfermedad inflamatoria intestinal grandes diferencias interraciales, al igual que en la psoriasis, que se ha descubierto alteraciones genéticas en común con la psoriasis y que responden a tratamientos anti TNF. Para la enfermedad celíaca los resultados son más dispares, siendo para psoriasis 0.2-4.3% vs. 1%.

En conclusión, estas asociaciones deberán ser tenidas en cuenta al encarar el tratamiento de un paciente con psoriasis, dado que influyen en la tolerancia y la respuesta al tratamiento.

5.-Eficacia y seguridad de mofetilmicofenolato vs. metotrexato en el tratamiento de la psoriasis en placas crónica.

AKhyani, M.; Chams-Davatchi, C. y cols.
JEADV 2009; Aceptado para publicación 25 de febrero de 2010
DOI: 10.1111/j.1468-3083.2010.03667.x

Mofetilmicofenolato es un agente inmunosupresor utilizado en prevención al rechazo de trasplante de órganos. Es la prodroga del ácido micofenólico, se utilizó en psoriasis en los años 70' pero cayó en desuso por trastornos gastrointestinales. El metotrexato, aprobado en 1972 por la FDA constituye el gold estándar del tratamiento de la psoriasis.

Es el primer estudio comparativo doble ciego randomizado de mofetilmicofenolato (MMF) con MTX. Se incluyeron 38 pacientes con PASI mayor de 10, 18 iniciaron MTX a dosis de 7.5 g/semanales, a la semana se aumentó a 15 mg y a las 4 semanas a 20 mg, 20 pacientes fueron asignados a MMF 2 g/día, realizaron 12 semanas de tratamiento y se controlaron por 12 semanas más. Luego de 12 semanas el PASI disminuyó de 17.43+/-7.42 a 3.97+/-5.95 en el grupo que recibió MMF vs. 16.46+/-5.29 a 3.17+/-2.35 el grupo que recibió MTX. Al control de las 12 semanas post tratamiento el score fue 5.94+/-4.27 vs. 4.77+/-3.52 respectivamente. PASI 75 alcanzó el 58.8% de los pacientes con MMF vs. 73.3% MTX. Tres meses después de suspendido el tratamiento El PASI 75 se mantuvo en 33.3% del grupo MMF vs. 53.3% del grupo MTX. Ambas drogas fueron bien toleradas y los efectos adversos fueron leves y transitorios.

En conclusión no hubo diferencias significativas con respecto a la eficacia en ambos grupos. El MMF constituye una buena alternativa para el tratamiento de la psoriasis en pacientes que no responden o tienen contraindicado MTX.

6.-Prevalencia de autoanticuerpos en pacientes con psoriasis.

Singh, S.; Singh, U. y col.
Journal of Clinical Laboratory Analysis 2010; 24 : 44-48

Se ha reportado la presencia de autoanticuerpos en pacientes con psoriasis, lupus y artritis reumatoidea. Este trabajo se propone observar la prevalencia de varios anticuerpos en pacientes con psoriasis y su correlación con edad, sexo, y tipo de anticuerpo. Se estudiaron anticuerpos antinucleares, anti ADN de doble cadena, factor reumatoideo y anticuerpos antitiroideos microsomaes.

Se estudiaron 118 pacientes con psoriasis, 63.6% psoriasis en placas, 22.9% palmoplantar, 5.1% eritrodérmica, 3.4% de

psoriasis artropática y 2.5% de psoriasis en gotas. Se detectó que 28.8% de los pacientes presentaba al menos un tipo de anticuerpos. Anti ADN de doble cadena y antitiroideos tenían asociación significativa con los tipos de psoriasis. El sexo masculino fue más ANA positivo (57.1% vs. 42.9%), mientras que antitiroideos fueron más positivos en mujeres (66.7% vs. 33.3%), ambos FR positivo fueron hombres. De los positivos para anti ADN y ANA ninguno tuvo clínica de lupus, de los positivos para antitiroideos dos fueron mujeres con tiroiditis. Aunque la psoriasis es una enfermedad de patogenia inmune, la causa de la presencia de autoanticuerpos en psoriasis aún no se ha esclarecido, queda para posteriores estudios validar estas asociaciones.

7.-Epidemiología y comorbilidad de la psoriasis en niños.

Augustin, M.; Glaeske, G. y cols.

Br J Dermatol 2010; 162: 633-636

La psoriasis es una enfermedad frecuente e impactante que afecta adultos y niños. Entre niños hasta 18 años la edad promedio de comienzo fue entre 7 y 10 años. La historia familiar predice el comienzo temprano de la enfermedad.

El objeto de este trabajo es analizar la prevalencia de psoriasis en niños y evaluar la frecuencia de las comorbilidades. El estudio se desarrolló a partir de una base de datos con 1.344.071 pacientes, se detectaron 33.981 individuos con diagnóstico de psoriasis. La prevalencia de psoriasis fue de 0.71%, incrementando la prevalencia desde 0.12% para el primer año de vida hasta 1.24% a los 18 años. El riesgo de presentar comorbilidades para la población con psoriasis es el doble que el de la población general (14.4% vs. 7.2%). La psoriasis juvenil se asocia con mayor frecuencia a dislipidemia, obesidad, hipertensión, diabetes, artritis reumatoide y enfermedad de Crohn (CD). Llamativamente CD ocurre 3-4 veces más frecuentemente en niños con psoriasis, dislipidemia, diabetes e hipertensión dos veces más frecuente que en controles. Enfermedad isquémica coronaria y colitis ulcerosa fueron más frecuentes pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Este estudio muestra la prevalencia aumentada de comorbilidades en la población pediátrica y abre expectativas acerca del manejo de la psoriasis en este grupo etario.

8.-Índice de Severidad de la Psoriasis Ungueal (NAPSI): Una útil herramienta para la evaluación de la psoriasis ungueal.

Rich, P. y Scher, R.

J Am AcadDermatol 2003;49:206-12

La psoriasis ungueal ocurre en aproximadamente la mitad de los pacientes de psoriasis. Afecta considerablemente la calidad de vida del paciente por ser una localización visible y por la dificultad terapéutica. Al surgir nuevas medicaciones que requieren demostrar eficacia fue necesario desarrollar un método de evaluación del compromiso ungueal en la psoriasis. El Índice de Severidad de la Psoriasis (Nail Psoriasis Severity Index) NAPSI es una herramienta de evaluación numérica, reproducible, objetiva y simple de la psoriasis ungueal. Evalúa la severidad del compromiso de la matriz y del lecho ungueal por área de la unidad afectada. Divide a la uña en cuatro cuadrantes imaginarios con una línea vertical y una horizontal. A cada uña se le da un score de 0 a 4 para la psoriasis del lecho y de la matriz dependiendo de la presencia de alguna de las siguientes alteraciones en cada cuadrante. La evaluación 1 es de la matriz ungueal: se evalúa en cada cuadrante la presencia de pitting, leuconiquia, manchas rojas de la lúnula y granulado, 0 ninguno, 1 en un cuadrante, 2 en dos cuadrantes, 3 en tres cuadrantes y 4 en los cuatro cuadrantes. Evaluación 2 es del lecho, se evalúa la presencia de onicolisis, hemorragia en astilla, hiperqueratosis subungueal y mancha de aceite. La puntuación igual evaluación 1. Evaluación 3, cada uña tiene un score de 0 a 8 que se obtiene de la suma de evaluación 1 y 2. La suma de la evaluación de todas las uñas nos da el NAPSI, con un score que puede ir de 0 a 80, o a 160 si se cuentan las uñas de los pies. Si se desea obtener un score de una uña se puede utilizar el mismo procedimiento para cada cuadrante evaluando los 8 parámetros previamente citados obteniéndose un score entre 0 y 32. Teniendo en cuenta el creciente interés y el desarrollo de nuevos productos para el tratamiento de la psoriasis ungueal se repasa el NAPSI que es el método que se utiliza en todos los protocolos de ensayos clínicos para cuantificar en forma objetiva el compromiso de la unidad ungueal en la psoriasis y la respuesta terapéutica.

9.-Es verdadero el riesgo de linfomas de las terapias biológicas?.

Dommasch, E.y Gelfand, J.

Dermatol Ther 2009,22:418-430

Con el advenimiento de las terapias biológicas el tratamiento de la psoriasis ha evolucionado en forma revolucionaria. En general las terapias biológicas son seguras y bien toleradas. Sin embargo el riesgo de linfomas debe ser considerado al ser tratamientos inmunosupresores. Esta revisión resume la evidencia actual de riesgo de linfomas en base a la evidencia obtenida a partir de casos reportados, series de casos, ensayos clínicos, estudios observacionales y meta-análisis. En su mayoría, los

datos sobre los inhibidores de las células T vienen de casos reportados y estudios clínicos desarrollados a relativamente corto plazo. En cuanto a los anti TNF han sido estudiados más extensamente en ensayos más a largo plazo y en mayor cantidad de pacientes porque se utilizan en artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante y enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que la experiencia es más amplia. Los datos actuales no son suficientes como para establecer una relación causal entre anti TNF y riesgo de linfomas. Deben establecerse programas de vigilancia continua para evaluar estas complicaciones, sin embargo las evidencias actuales parecen mostrar que en el paciente adecuado, evaluando riesgo beneficio los anti TNF son una opción favorable.



www.solapso.org

solapso@solapso.org