

PSORIASIS

ZAIDA TROYANO

- Definición
- Epidemiología
- Patogenia
- Variantes clínicas
- Clinimetría
- Comorbilidades
- Tratamiento

Definición

- En principio descrita por Hipócrates y Galeno, se englobó con la lepra.
- Griego «psora» «picor, sarna»
- Enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica.
- Placas eritematoescamosas claramente delimitadas de la piel normal.
- Deterioro en la calidad de vida, aumento de la morbimortalidad.

Epidemiología

- 2% de la población mundial
- (0,4% Asia, 2,4% USA, 2,9% Dinamarca)
- Afecta por igual a hombres y mujeres
- 2/3 de los pacientes tienen enfermedad leve.

- Puede aparecer a cualquier edad
- Dos picos

Patogenia

- PSORS 1
- HLA-Cw6 aumento de riesgo relativo de psoriasis en poblaciones caucásicas.
- Más asociado a psoriasis en gotas y artritis psoriásica
- Solo el 10% de los portadores de HLA-Cw6 desarrollan psoriasis
- Poligénica

Patogenia

Disparadores

- Estrés
- Infecciones (estreptococo y virales)
- Fármacos
- Traumatismos

Variantes clínicas

- Psoriasis vulgar
- Psoriasis guttata
- Psoriasis invertida
- Psoriasis eritrodérmica
- Psoriasis pustulosa
- Psoriasis palmoplantar
- Psoriasis del pañal
- Psoriasis lineal

PSORIASIS VULGAR

- 90% de los pacientes
- Placas bien delimitadas, eritematosas, con escama micácea (halo pseudoanémico)
- Tamaño variable
- Simétricas
- Piel que recubre las articulaciones, cuero cabelludo, región sacra, pliegue interglúteo.

Psoriasis vulgar

- Raspado metódico
- Variabilidad entre pacientes e incluso en el mismo paciente
- Fenómeno isomórfico de Koebner

Psoriasis vulgar

Diagnósticos diferenciales

- Eccema discoide
- LCCT
- Tiña
- Pitiriasis roja pilar, dermatitis seborreica, liquen plano hipertrófico, enfermedad de Bowen

Psoriasis guttata

- Erupción de pequeñas pápulas (0,5 a 1,5 cm de diámetro)
- Región superior del tronco y extremidades
- Edad temprana
- Infección estreptocócica

Psoriasis invertida

- Pliegues cutáneos
- Lesiones eritematosas y claramente delimitadas, brillantes y sin escamas.
- Fisuras
- Descartar sobreinfección

Psoriasis eritrodérmica

- Más del 90% de la superficie corporal
- Eritema más marcado, escama más fina, superficial y difusa
- Vasodilatación generalizada
- Progresión de psoriasis vulgar
- Inicio repentino por suspensión de corticoides, o reacción a antralina o fototerapia.

Psoriasis eritrodérmica

Diagnósticos diferenciales

- Micosis fungoide
- Pitiriasis rubra pilaris
- Dermatitis atópica
- Farmacodermia

Psoriasis pustulosa

- Pústulas estériles de 2 a 3 mm
- Psoriasis pustulosa generalizada: varios días de fiebre que preceden a una repentina erupción generalizada de pústulas estériles sobre piel eritematosa. Desencadenada por tratamientos tópicos irritantes y suspensión de corticoesteroides sistémicos.
- Puede llevar al fallo multiorgánico

- Variantes localizadas de psoriasis pustulosa
- Psoriasis pustulosa palmoplantar
- Pústulas estériles en las superficies palmoplantares con máculas de color amarillo-marrón. Raramente se generaliza.
- Asociada a tabaquismo.

Hallazgos ungueales

- 40% de los ptes con psoriasis
- Aumenta con la edad, la extensión y duración de la enfermedad y con artritis psoriásica.
- Afectación de la matriz, del lecho o ambas.

Matriz

- Pitting
- Onicorrexis
- Lineas de Beau
- Leuconiquia
- Adelgazamiento de la lámina ungueal

Lecho

- Signo de la gota de aceite
- Hiperqueratosis subungueal
- Hemorragias en astilla

CLINIMETRÍA

- PASI
- BSA
- DLQI
- PGA
- NAPSI

Plaque characteristic	Lesion score	Head	Upper Limbs	Trunk	Lower Limbs
Erythema	0 = None				
	1 = Slight				
Induration/Thickness	2 = Moderate				
	3 = Severe				
Scaling	4 = Very severe				

Add together each of the 3 scores for each body region to give 4 separate sums (A).

Lesion Score Sum (A)				

Percentage area affected	Area score	Head	Upper Limbs	Trunk	Lower Limbs
Area Score (B) <i>Degree of involvement as a percentage for each body region affected (score each region with score between 0-6)</i>	0 = 0% 1 = 1% - 9% 2 = 10% - 29% 3 = 30% - 49% 4 = 50% - 69% 5 = 70% - 89% 6 = 90% - 100%				

Multiply Lesion Score Sum (A) by Area Score (B), for each body region, to give 4 individual subtotals (C).

Subtotals (C)				

Multiply each of the Subtotals (C) by amount of body surface area represented by that region, i.e. x 0.1 for head, x 0.2 for upper body, x 0.3 for trunk, and x 0.4 for lower limbs.

Body Surface Area	x 0.1	x 0.2	x 0.3	x 0.4
Totals (D)				

Add together each of the scores for each body region to give the final PASI Score.

PASI Score =

Erythema



1 = Slightly reddish

2 = Red, not deep red

3 = Markedly reddened

4 = Extremely reddened

Thickness



1 = 0.25 mm, mild

2 = 0.55 mm, moderate

3 = 1 mm, severe

4 = 1.25 mm, very severe

Scaling



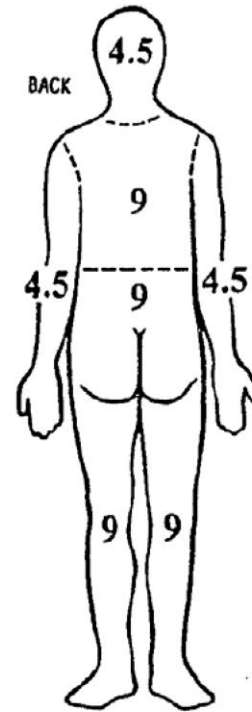
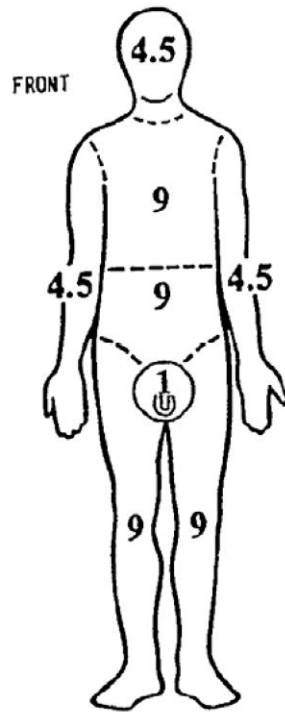
1 = Very fine scales,
covering <50%

2 = Fine scales,
covering >50%

3 = Coarse scales,
covering >50%

4 = Very coarse scales,
covering >90%

Images courtesy Dr Amanda Oakley, Waikato District Health Board and DermNet NZ.



BODY SECTION

Head and neck

Anterior trunk (chest and abdomen)

Posterior trunk (back and buttocks)

Upper extremities

Lower extremities

Genitalia and perineum

TOTAL

SURFACE AREA

9 percent

18 percent

18 percent

18 percent (each arm--9 percent)

36 percent (each leg--18 percent)

1 percent

100 percent

PASI calculator

For Healthcare Professionals Only

• ID

• Hospital ID



BSA

0%

PASI Score

0.0

Help

Backup

Setting

Logout

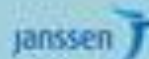
	Select % coverage of psoriasis	Select the severity of redness	Select the severity of thickness	Select the severity of scaling
HEAD & NECK	0 %	SELECT	SELECT	SELECT
ALL	SELECT			
TRUNK	0 %	SELECT	SELECT	SELECT
ALL	SELECT			
ARMS	0 %	SELECT	SELECT	SELECT
ALL	SELECT			
LEGS	0 %	SELECT	SELECT	SELECT
ALL	SELECT			

All contents © copyright Janssen Korea Ltd. 1997-2013. All Rights Reserved.

Your use of the information on this site is subject to the terms of our [Legal Notice](#). Please see our [Privacy Policy](#).

This site is published by Janssen Korea Ltd., which is solely responsible for its contents.

This information is intended for healthcare professionals only in Asia Pacific regions. [Privacy Policy](#) [Legal Notice](#) [Disclaimer](#)



List

New

Save as new

View history(0)

Send

Statistics

Save

Delete

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una "X" una casilla para cada pregunta.

- | | | | | | |
|----|---|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar? | Sí
No | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios? | Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |

- REGLA DE LOS 10

Table 1. Physician's Global Assessment of Hands and/or Feet Scale

Score	Category	Description
0	Clear	No signs of plaque psoriasis
1	Almost Clear	Just perceptible erythema and just perceptible scaling
2	Mild	Light pink erythema with minimal scaling with or without pustules
3	Moderate	Dull red, clearly distinguishable erythema with diffuse scaling, some thickening of the skin, with or without fissures, with or without pustule formation
4	Severe	Deep, dark red erythema with obvious and diffuse scaling and thickening as well as numerous fissures with or without pustule formation

Dedo da unha mais afectada: Mão esquerda - Dedo I (polegar) ▾

Pontuação total: 11

Matriz ungueal

Indicar a presença (1) ou ausência (0) de cada uma das seguintes características, em cada um dos quatro quadrantes da unha:

Picotado**Leuconíquia****Eritema da lúnula****Fragmentação /depressão** Assinalar tudo a zero

Pontuação da matriz ungueal:

7

Leito ungueal

Indicar a presença (1) ou ausência (0) de cada uma das seguintes características, em cada um dos quatro quadrantes da unha:

Onicólise**Ponteados hemorrágicos****Manchas em gota de óleo/salmão****Hiperqueratose subungueal** Assinalar tudo a zero

Pontuação do leito ungueal:

4

Guardar

COMORBILIDADES

- Artritis psoriásica
- Síndrome metabólico
- Cardiovasculares
- Hígado graso no alcohólico (HGNA)
- Uveítis

Artritis psoriásica

- 5-30% de los pacientes con psoriasis
- Enfermedad cutánea precede a la articular en 10-12 años, 10% de los pacientes con PsoA sin hallazgos cutáneos
- No hay marcadores serológicos
- Signo radiológico (cambios erosivos) aparece después de años de la inflamación periarticular inicial.

- No hay relación entre la gravedad de Pso y PsoA
- Más frecuente cuando hay afectación ungueal, cuero cabelludo, interglútea o perineal
- Artritis periférica
- Axial
- Dactilitis
- Entesitis

Artritis periférica

- Mas frecuente es la poliarticular simétrica (+ de 4 articulaciones)
- IFD (a diferencia de AR)
- Artritis mutilante

Afectación axial

- Espondiloartropatia psoriásica
- Dolor en reposo, despierta por la noche, mejora con movimiento
- HLA B27 +

Entesitis

- Zona de unión del ligamento al hueso
- Ecografía doppler

Dactilitis

- Inflamación global del dedo (sinovitis, tenosinovitis, entesitis, partes blandas)
- Ecografía

Cuestionario de detección precoz de PsoA (+ de 4 derivación a Reumato)

- Le han dolido las articulaciones? S 82,9%
E 62,5%
- Le han dolido los dedos o muñecas? VPN 97%
- Le han dolido las caderas o codos?
- Se le han hinchado los dedos o muñecas?
- Se le ha hinchado el tendón de Aquiles?
- Se le ha hinchado un dedo por al menos 3 días?
- Se ha despertado de noche por dolor en la espalda?
- Ha sentido las manos rígidas por al menos 30 minutos a la mañana?
- En los últimos 3 meses ha tomado antiinflamatorios para el dolor articular más de 2 veces/sem?

Síndrome metabólico

- Los pacientes con psoriasis tienen 2,9 más probabilidades de SM
- Obesidad
- Hipertrigliceridemia
- Baja concentración de HDL
- HTA
- DBT

Cardiovasculares

- Riesgo relativo de IAM de 3,1 comparados con controles sanos.

Hígado graso no alcohólico

- Manifestación hepática del SM
- Laboratorio: leve alteración de enzimas hepáticas, o normales
- Aumento de FAL, GGT x3, ferritina, TG
- ANA +21%

- Ecografía abdominal, fibroscan, biopsia hepática

Impacto psicológico

- Preocupación por el aspecto
- Disminución de la autoestima
- Rechazo social
- Vergüenza
- Problemas sexuales
- Deterioro de la capacidad profesional
- Ansiedad
- Depresión
- Ideación suicida

TRATAMIENTOS

UN TRATAMIENTO PARA CADA PACIENTE EN
CADA MOMENTO

Tratamientos

- Tópicos
- Fototerapia
- Sistémicos
- Biológicos

TRATAMIENTOS TÓPICOS

- Corticoides
- Análogos de la vitamina D
- Tazaroteno
- Ácido salicílico
- Inhibidores tópicos de la calcineurina

Económicos, eficaces, buen perfil de seguridad

Corticoides

- Primera línea en psoriasis leve a moderada
- Mejoría tras 2-4 semanas de tratamiento diario, luego mantenimiento
- Efectos adversos con el uso a largo plazo
- Efecto rebote al suspender

Análogos de la vitamina D (calcipotriol)

- No pierden eficacia con la administración a largo plazo
- Irritación
- Absorción sistémica si se aplica más de 100 gr por semana
- Reducir la dosis de corticoide

Tazaroteno

- Retinoide de 3ra generación
- Reduce espesor de la placa y escama
- Irritación local (se evita combinado con corticoide y fototerapia)

Inhibidores tópicos de calcineurina

- Tacrolimus, pimecrolimus
- Bloquean la función de los linfocitos T como la producción de IL-2
- Psoriasis invertida y rostro
- Ardor en el sitio de aplicación

Ácido salicílico

- Queratolítico tópico
- Baja el ph del estrato córneo, disminuyendo la adhesión de los queratinocitos.
- Mejora la penetración de los otros tratamientos
- Disminuye la eficacia de la fototerapia
- Absorción sistémica si se usa en más del 20% de la superficie corporal

Emolientes

- Reducen sequedad, escama y prurito
- Después del baño
- Aumentarían la eficacia de la fototerapia

FOTOTERAPIA

- Radiación no ionizante, en la gama UV
- Eficaz, y no inmunosupresor
- PUVA (320-400 nm + psoralenos)
- UVB BANDA ANCHA (290-320 nm)
- UVB BANDA ESTRECHA (311-313 nm)
- Fototerapia dirigida

PUVA

UVB NB

- Eficacia similar a PUVA
- Más facilidad
- Menos riesgo de carcinoma epidermoide
- Segura en niños, embarazadas y HIV+
- Sin efectos secundarios de psoralenos

Fototerapia dirigida

- Solo se tratan las áreas afectadas de la piel
- Dispositivos de alta fluencia como el láser de excímeros y lámpara de fluencia
- Dispositivos de menor emisión, diodos emisores de UVB

TRATAMIENTOS SISTÉMICOS

- Metotrexato
- Acitretina
- Ciclosporina
- Fumaratos
- Apremilast

METOTREXATO

- Antagonista del folato que interfiere en la síntesis de novo de purinas inhibiendo la dihidrofolato reductasa. Disminuye la síntesis de ADN, dificultando la replicación celular
- Mecanismo exacto de acción en psoriasis es desconocido, propiedades inmunomoduladoras, inhibe la quimiotaxis, concentración de TNF alfa e IL-1
- Aprobado por FDA en 1972

Dosificación

- Administración oral, SC o IM
- 7,5 a 25 mg/semana
- Esquemas variables
- Ajustar dosis a cada paciente en particular
- Ácido fólico

Eficacia

J Drugs Dermatol. 2015 Aug;14(8):864-8.

Efficacy of Adalimumab Compared With Methotrexate or Placebo Stratified by Baseline BMI in a Randomized Placebo-Controlled Trial in Patients With Psoriasis.

Prussick R, Unnebrink K, Valdecantos WC.

Abstract

INTRODUCTION: In the Comparative Study of Humira vs Methotrexate vs Placebo In Psoriasis Patients (CHAMPION) study, significantly more patients achieved $\geq 75\%$ improvement in the Psoriasis Area and Severity Index (PASI75) and $\geq 90\%$ improvement (PASI90) after 16 weeks of treatment with adalimumab (80 mg at week 0, then 40 mg every other week starting at week 1) compared with methotrexate (up to 25 mg/week orally) or placebo. In this exploratory analysis, the efficacy of adalimumab was evaluated in a subset of the CHAMPION patient population stratified by baseline body mass index (BMI).

METHODS: PASI responses and Dermatology Life Quality Index (DLQI) scores through 16 weeks of treatment were examined by baseline BMI category (<25 kg/m² [normal], 25 to <30 kg/m² [overweight], and ≥ 30 kg/m² [obese]) in patients with psoriasis with a baseline PASI total score ≥ 12 . Treatment differences between the adalimumab and the methotrexate or placebo groups were compared using Fisher's exact test for PASI responses and 1-way analysis of variance for DLQI scores.

RESULTS: In all BMI categories, adalimumab treatment led to significantly greater rates of PASI75/90 responses at weeks 12 and 16 compared with methotrexate or placebo ($P < 0.05$ for all). In normal weight, overweight, and obese patients at week 16, the respective PASI75 response rates were 85.0%, 85.7%, and 61.3% with adalimumab; 43.3%, 29.3%, and 26.1% with methotrexate; and 28.6%, 16.7%, and 0% with placebo. PASI90 response rates were 70.0%, 53.6%, and 35.5% with adalimumab; 26.7%, 7.3%, and 8.7% with methotrexate; and 9.5%, 16.7%, and 0% with placebo. Across all BMI subgroups, the greatest decreases in DLQI scores from baseline occurred in the adalimumab group.

CONCLUSION: Significantly higher PASI75/90 response rates and more pronounced improvements in DLQI scores at week 16 were identified in patients treated with adalimumab, compared with methotrexate or placebo, regardless of baseline BMI category.

PMID: 26267731

Eficacia

Br J Dermatol. 2011 Nov;165(5):1109-17. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10615.x.

Efficacy and safety of infliximab vs. methotrexate in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: results of an open-label, active-controlled, randomized trial (RESTORE1).

Barker J¹, Hoffmann M, Wozel G, Ortonne JP, Zheng H, van Hoogstraten H, Reich K.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Infliximab is indicated for treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis in adults whose disease cannot be controlled with other systemic therapies, including methotrexate (MTX). To date, no studies have directly compared the efficacy and safety of infliximab and MTX.

OBJECTIVES: To compare the efficacy and safety of infliximab vs. MTX in adults with moderate-to-severe plaque psoriasis.

METHODS: MTX-naïve patients (n = 868) were randomized 3:1 to receive infliximab 5 mg kg⁻¹ at weeks 0, 2, 6, 14 and 22 or MTX 15 mg weekly with a dose increase to 20 mg weekly at week 6 if the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) response was < 25%. At week 16, patients with < PASI 50 response could switch treatment groups. The primary efficacy endpoint was PASI 75 response at week 16. Major secondary efficacy endpoints were PASI 75 response at week 26, and the proportion of patients achieving a Physician's Global Assessment (PGA) score of cleared (0) or minimal (1) at weeks 16 and 26. Others included Dermatology Life Quality Index, 36-Item Short Form Health Survey, and PGA, PASI 50, PASI 75 and PASI 90 responses over time.

RESULTS: The primary endpoint was achieved by a significantly greater proportion of infliximab-treated patients (508/653, 78%) than MTX-treated patients (90/215, 42%; P < 0.001). Key secondary endpoints also were achieved by a greater proportion of infliximab-treated patients. Similar responses were observed at week 26 in patients who switched from MTX to infliximab at week 16. Overall adverse event (AE) incidence was comparable between groups, but incidence of serious and severe AEs was slightly higher in the infliximab group.

CONCLUSIONS: Infliximab was well tolerated and more efficacious than MTX in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis. Infliximab also was efficacious in patients who failed MTX and switched to infliximab.

© 2011 The Authors. BJD © 2011 British Association of Dermatologists.

PMID: 21910713 DOI: [10.1111/j.1365-2133.2011.10615.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10615.x)

Precauciones

- Inmunodeficiencia, hepatopatía, insuficiencia renal, mujeres en edad fértil
- Mielosupresión
- Hepatotoxicidad
- Fibrosis pulmonar (AR)
- Teratogenicidad
- Uso pediátrico
- Uso geriátrico

Vacunas

- Gripe
- Neumonía
- Vacunas atenuadas e inactivas menos eficaces
- HVZ no contraindicada si la dosis es menor a 0,4mg/kg/sem

- Reactivación HBV

ACITRETINA

- Único retinoide oral aprobado por FDA para tto de psoriasis desde 1997
- 10-50 mg/día, puede asociarse a fototerapia
- Eficaz para las formas en placas, eritrodérmicas, pustulosas, HIV.
- No en PsoA

- Activa los 3 receptores de ácido retinoico, llevando a la normalización de la proliferación, diferenciación y queratinización de las células epidérmicas
- No causa inmunosupresión
- 47% de los ptes con psoriasis en placa logra PASI 75 a la semana 12 (25 mg/día)

- De elección en psoriasis pustulosa, palmoplantar
- En eritrodermia si hay contraindicación absoluta o relativa para los fármacos de elección
- Tratamientos combinados

Efectos adversos

- Teratogenicidad
- Queilitis
- Xerosis
- Alopecia
- No donar sangre
- Alcohol amplía el potencial teratógeno
- Transmisión seminal y riesgo al feto?

- Hiperostosis esquelética idiopática?
- Osteoporosis?
- Cierre prematuro de epífisis
- Mialgias y artralgias con o sin elevación de CPK
- Pseudotumor cerebral?
- Metabólicos y hepáticos

CICLOSPORINA

- Rápido inicio de acción
- Psoriasis grave, eritrodérmica
- 2,5-5 mg/kg/día
- Vía oral o endovenosa

- Off label: dermatitis atópica grave, urticaria crónica resistente al tratamiento, pioderma gangrenoso

- Inhibe la diferenciación y activación de los linfocitos T
- Monoterapia (12-16 sem. Máximo un año)
- Tratamientos intermitentes
- Tratamientos combinados

- Poca eficacia en PsoA

Seguridad

- Creatinina sérica
- TA diastólica
- Cáncer de piel no melanoma, tumores de órganos sólidos?
- Hipertricosis, hipertrigliceridemia, hiperpotasemia, más riesgo de infección, hiperplasia gingival
- Embarazo y lactancia

FUMARATOS

- Vía oral
- No disponibles en Argentina
- Disminuyen TNF, IL-8, moléculas de adhesión
- EA: gastrointestinales, flushing, leucopenia dosis dependiente, eosinofilia, hepatotoxicidad, proteinuria, leucoencefalopatía multifocal progresiva
- No en IR, enfermedades gastrointestinales, embarazo y lactancia

APREMILAST

- Inhibidor de la PDE4
- Vía oral, 30 mg bid
- FDA 2014

- Eficacia: ESTEEM-1 y 2
- PASI 75 semana 16: 28,8%
- PsoA: PALACE 1,2,3

- Titulación para disminuir las molestias digestivas
- Vida media 9 hs
- Los metabolitos se excretan con orina, puede usarse en IRC ajustando la dosis
- Sin problema en hepatopatía
- Puede usarse en lactancia, en embarazo suspender.

- No es requisito detección sistemática de TBC
- No hay problemas con vacunas a virus vivos inactivados
- Puede usarse en inmunosuprimidos y HIV

ETANERCEPT

- Anti TNF
- Proteína dimérica de fusión
- Unión competitiva con TNF, evita la cascada inflamatoria
- 50 mg dos veces por semana las primeras 12 semanas, luego 50 mg/sem
- Aprobado en pediatría
- Vida media 4,3 días
- Puede usarse en IR e IH

Eficacia

- Semana 12, PASI 75, 49%
- Pérdida de respuesta después de la semana 12
- Combinación con MTX, acitretina

Seguridad

- Infecciones, TBC
- Desmielinizantes centrales y periféricas
- Insuficiencia cardíaca
- Melanoma, NMSC
- Linfoma
- Reacciones en el sitio de inyección
- Lupus inducido por fármacos

- Categoría B en embarazo

INFLIXIMAB

- Anti TNF
- Anticuerpo monoclonal quimérico tipo IgG
- Ev
- Inducción: 5 mg/kg semanas 0,2,6
- Mantenimiento: 5 mg/kg cada 8 semanas
- Anticuerpos neutralizantes, aumentar frecuencia o asociar MTX

Eficacia

- Semana 10, PASI 75, 80%
 - La eficacia cae a largo plazo
 - Ventaja: único biológico que se dosifica basandose en el peso exacto
-
- Seguridad
 - Grupo B en embarazo

ADALIMUMAB

- Anti TNF
- Anticuerpo monoclonal recombinante humano de IgG1
- Aprobado inicialmente para AR y PsoA
- Para psoriasis desde 2008 por FDA
- Pauta recomendada:
- Semana 0: 80 mg, semana 1: 40 mg y luego 40 mg cada dos semanas.

- Semana 16, PASI 75, 71% de los pacientes
- Rápida eficacia
- Anticuerpos neutralizantes

- Seguridad
- Categoría B en embarazo
- ANA y anti DNA dc

USTEKINUMAB

- Anticuerpo monoclonal humano que se une a la subunidad p40 IL12-IL23
- Pauta: semana 0, 4 y luego cada 12 semanas
- Se ajusta al peso

Eficacia

- Semana 12, PASI 75 66% 45 mg y 67% 90 mg
- Mantiene la respuesta clínica a largo plazo
- Eficaz en psoriasis ungueal, palmoplantar
- PsoA

Seguridad

- Nasofaringitis, infecciones de las vías respiratorias altas, cefalea y artralgias
- Menos riesgo de reactivación de TBC

SECUKINUMAB

- Primer anticuerpo monoclonal humano contra IL17A
- Pauta: 300 mg/sem, semanas 0,1,2,3 y 4. Luego 300 mg cada 4 semanas
- Psoriasis palmoplantar y ungueal.

EFICACIA: Semana 12, PASI 75, 81%

- Superior a etanercept y ustekinumab

SEGURIDAD

- Aumento de infección por cándidas
- TBC
- Enfermedad inflamatoria intestinal

- Categoría B en embarazo,
- Lactancia?
- Pediatría

IXEKIZUMAB

- Anti IL17
- Anticuerpo monoclonal humanizado de IgG4
- Inmunogenicidad
- Pauta: basal 160 mg, 80 mg cada 2 semanas hasta la semana 12 y luego mantenimiento 80 mg/mes
- Eficacia y seguridad similar a secukinumab

CERTOLIZUMAB PEGOL

- Anti TNF
- Fragmento Fab de anticuerpo monoclonal murino humanizado, unido a dos moléculas de polietilenglicol.
- Pauta: inducción 400 mg semanas 0, 2 y 4; mantenimiento 200 mg cada 2 semanas
- No pasa la barrera placentaria, mínimo pasaje a la leche materna