

Más allá de los tratamientos tópicos con calcipotriol y betametasona

AUTORES

Teresa Flores Copete ¹

Ricardo Enrique Reolid Martínez ²

María Flores Copete ³

1. Graduada en Farmacia. Farmacéutica Comunitaria
2. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). GAI Albacete
3. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). GAI Hellín

Presentación del Caso

Se trata de una paciente mujer de 50 años con psoriasis en placas desde hace más de 5 años, con seguimiento en ámbito de Atención Primaria, con inicio de afectación a nivel cuero cabelludo, codos y ligeramente en región dorsal.

No tiene antecedentes personales de interés, no reacciones alérgicas medicamentosas. Tratamiento crónico con calcipotriol y betametasona. Antecedentes familiares de psoriasis por parte de tío materno. No cirugías previas.

Buena respuesta durante los primeros 3 años al tratamiento tópico con calcipotriol y betametasona, con empeoramiento posteriormente y cada vez mayor afectación.

Desarrollo

Paciente que acude a urgencias en enero de 2022, por extensión casi total en región dorsal y en MMSS y MMII de placas psoriásicas, unido a afectación en cuero cabelludo. Placas eritematosas descamativas con descamación fina al raspado, confluyendo hasta escote y pliegue inframamario.

Se refuerza tratamiento con betametasona dipropionato y ácido salicílico, tacrólimus al previo de calcipotriol y betametasona, y se inicia estudio ante posible necesidad de iniciar nuevas líneas de tratamiento derivando a la paciente a consultas externas de Dermatología.

En dicha cita, tras confirmar la gran extensión de afectación mediante la escala PASI (Psoriasis Area and Severity Index) (1), con resultado > 20, y comprobar existencia de las lesiones sin mejoría, se valora el inicio de tratamiento con terapia fotodinámica (2).

Comienza sesiones durante un año, sin apreciar clara mejoría de las lesiones pese a varios meses de tratamientos. Ante persistencia de la clínica se valorar iniciar tratamiento con nuevas terapias biológicas como secukinumab.

Previa analítica con serologías y prueba Mantoux con resultados que no contraindican el tratamiento con este fármaco biológico, se inicia el mismo, con ausencia de efectos secundarios y buena evolución clínica. Se administran 5 dosis como tratamiento de inducción con carácter semanal.

Revisión tras este periodo, donde tal y como se muestra en las imágenes número 1-3, franca mejoría de las lesiones en placas, persistiendo únicamente ligero exantema maculoso que remite a la vitropresión en tronco y MMII.



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3.

Discusión

La psoriasis es una enfermedad de la piel común, crónica e inmunomediada con un impacto físico y psicológico significativo que se estima que afecta aproximadamente al 3% de la población general en Europa y América del Norte (3).

Secukinumab es un fármaco biológico inhibidor de la Interleukina-17A que se presenta como una efectiva opción terapéutica para el tratamiento de psoriasis con afectación moderada-severa (4).

A través de estas dianas de acción, mejora el espectro de todas las manifestaciones psoriásicas, mostrando especialmente una rápida respuesta y con un buen perfil de seguridad (5)

Se administra de forma subcutánea con dosis de 300 mg con carácter semanal, seguido de dosis posteriores mensuales (cada 4 semanas).

El mecanismo de acción se refleja en la figura 4

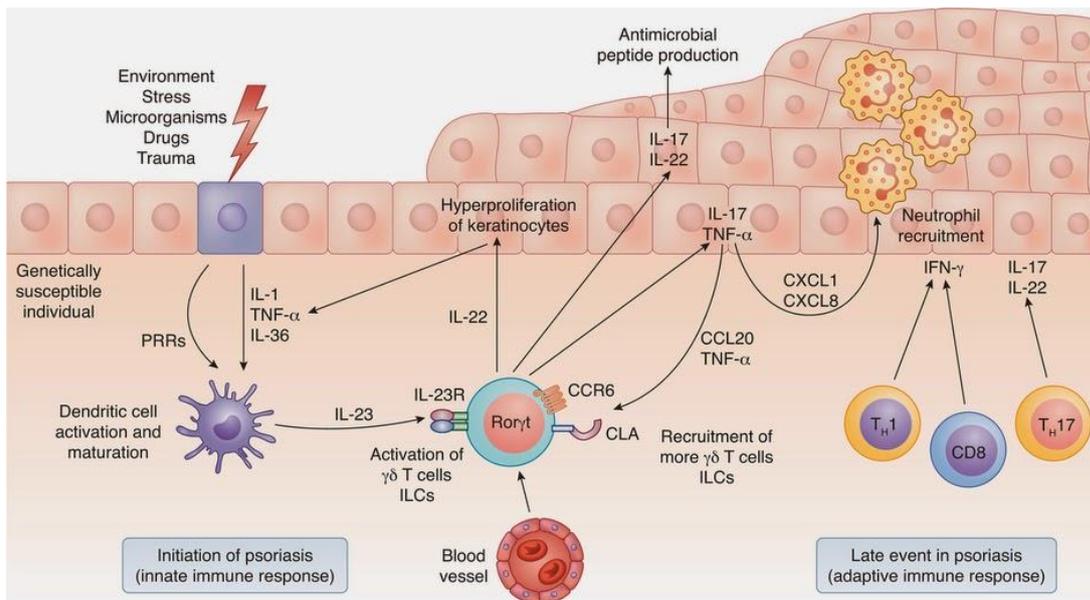


Figura 4

La inhibición de esta interleukina induce una disminución importante de la inflamación de las placas de psoriasis, produciendo una mejora clínica relevante.

El principal efecto secundario de secukinumab es la candidiasis oral, motivo por el cual hay que alertar a los pacientes de su posible aparición.

Cada vez existe más evidencia de que este tratamiento puede ser considerado como un tratamiento de primera línea para la psoriasis (6).

Conclusiones

La aparición de estas nuevas moléculas de tratamiento es un claro ejemplo de la importancia de seguir trabajando e investigando en nuevas dianas terapéuticas que permitan el tratamiento no solo de las formas resistentes de psoriasis sino de otras muchas enfermedades sistémicas.

Referencias

1. van de Kerkhof PC. On the limitations of the psoriasis area and severity index (PASI). *Br J Dermatol.* 1992; 126: 205.
2. Parrish JA, Fitzpatrick TB, Tanenbaum L, Pathak MA. Photochemotherapy of psoriasis with oral methoxsalen and longwave ultraviolet light. *N Engl J Med.* 1974;291(23):1207.
3. Boehncke WH, Schon MP. Psoriasis. *The Lancet.* 2015; 386 (9997): 983–94.

4. Secukinumab in plaque psoriasis--results of two phase 3 trials. Langley RG, Elewski BE, Lebwohl M, Reich K, Griffiths CE, Papp K, Puig L, Nakagawa H, Spelman L, Sigurgeirsson B, Rivas E, Tsai TF, Wasel N, Tying S, Salko T, Hampele I, Notter M, Karpov A, Helou S, Papavassilis C, ERASURE Study Group, FIXTURE Study Group. *N Engl J Med*. 2014;371(4):326. Epub 2014 Jul 9.
5. Deodhar A, Mease PJ, McInnes IB, Baraliakos X, Reich K, Blauvelt A, et al. Long-term safety of secukinumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: integrated pooled clinical trial and post-marketing surveillance data. *Arthritis Res Ther*.2019;21(1):111.
6. Utilization Trends and Impact of Secukinumab Treatment on Clinical Outcomes in Biologic-Naive Patients with Psoriasis in a US Real-World Setting. Strober B, Patil D, McLean R.R. *Dermatology and Therapy*. 12(6): 1351-1365.