



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES DEL GRUPO DE TRABAJO DE PSORIASIS

### 9º Congreso de psoriasis. Reunión del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología Madrid, 19 y 20 de enero de 2024

#### COMUNICACIONES ORALES

##### 1. SI TIENES PSORIASIS Y BEBES, NO CONDUZCAS... TOMA APREMILAST

S. Armesto Alonso<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, J. Sánchez Gundín<sup>c</sup>, S. Simón Coloret<sup>a</sup>, M. Drake Monfort<sup>a</sup>, M.J. Gómez Cano<sup>a</sup>, C. Gómez Fernández<sup>a</sup> y M.A. González López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Patología y <sup>c</sup>Farmacía. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España.

**Introducción.** Apremilast, un medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica, puede ser un posible tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol.

**Métodos.** Se selecciona una muestra de 50 pacientes a los que se les ha realizado dos test: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) y CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener) al inicio del tratamiento y 6 meses después. Se valora en términos generales la dependencia, el modo de consumo y los factores desencadenantes.

**Resultados.** Se demuestra una disminución moderada del consumo en varones de edades medias sin modificación de su vida personal.

**Conclusiones.** El núcleo accumbens es un lugar de acción crítico para la reducción del consumo de alcohol por apremilast. La expresión de subtipos de PDE4, concretamente la PDE4b, está relacionada con la dependencia a la adicción de consumo de alcohol y nicotina. Apremilast ha sido estudiado exhaustivamente en modelos animales, introduciendo múltiples variables y llegando a esta conclusión. Nuestro estudio epidemiológico más sencillo confirma esa relación.

##### 2. EVIDENCIAS DE RESTAURACIÓN INMUNOLÓGICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE TRAS TRATAMIENTO CON GUSELKUMAB

Á. González Cantero<sup>a</sup>, E. Moreno Cubero<sup>b</sup>, M. Cuervas Mons<sup>b</sup> y C. Novella<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

<sup>b</sup>Departamento Médico Janssen. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** Esta revisión narrativa tiene como objetivo resumir las investigaciones más recientes sobre los efectos inmunes de guselkumab en pacientes con psoriasis.

**Métodos.** Revisión narrativa de las evidencias de restauración inmunológica en pacientes con psoriasis tratados con guselkumab.

**Resultados.** En la piel lesional existe un infiltrado inflamatorio con alta producción de IL-23 e IL-17. Las células mieloides contribuyen a la diferenciación y activación de células T17 a través de la secreción de IL-23. Las células Th17, Tc17 y TRM activadas secretan citoquinas pro-inflamatorias, manteniendo la activación de las células T y los queratinocitos. Actualmente, se considera que las células TRM son las principales responsables de la recidiva de la enfermedad. Tras el tratamiento satisfactorio con inhibidores de citoquinas efectoras versus guselkumab, existen diferencias en el escenario inmune, el bloqueo de citoquinas efectoras no es suficiente para controlar la población TRM ni para frenar la pérdida de Treg, mientras que con guselkumab se consiguió reducir la población TRM, manteniéndose la población Treg. En pacientes de corta evolución, tras una administración de guselkumab se consiguió normalizar a niveles de TRM de piel no lesional. Además de las diferencias entre fármacos frente a diferentes dianas, también existen diferencias entre varios anticuerpos dirigidos a p19 en eficacia clínica y persistencia. Estas diferencias intra-clase pueden explicarse en base a los diferentes atributos moleculares de los distintos anticuerpos. Guselkumab (que tiene una región Fc nativa) se une al receptor CD64 expresado en células mieloides que están enriquecidas en la lesión y que son la fuente principal de IL-23, además de unirse a IL-23 con gran afinidad y potencia.

**Conclusiones.** Guselkumab, con sus características moleculares únicas, a diferencia de otros biológicos, podría tener un efecto profundo en la inmunopatogenia de la psoriasis.

##### 3. ESTUDIO OBSERVACIONAL PARA EVALUAR LA ADHERENCIA A GUSELKUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA A GRAVE EN ESPAÑA: ESTUDIO ADHERENCE

J. Borrás Blasco<sup>a</sup>, E. Ramírez Herraiz<sup>b</sup>, E. Moreno Cubero<sup>c</sup>, M. Cuervas Mons<sup>c</sup> y C. Novella<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia). <sup>b</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>c</sup>Departamento Médico Janssen. Madrid. España.

**Introducción.** Aunque el abanico terapéutico en enfermedad psoriásica es amplio, la adherencia al tratamiento todavía representa uno de los principales problemas en el manejo de esta enfermedad. La efectividad evaluada por el médico y los resultados comunicados por el paciente (PROs) están estrechamente correlacionados, pero existen discrepancias entre la consecución de una remisión completa y algunos PROs. Es necesario utilizar PROs en la práctica clínica para evaluar los objetivos terapéuticos en los pacientes, y orientar el tratamiento biológico, sobre todo cuando intervienen diferentes profesionales sanitarios en el abordaje integral del paciente.

**Objetivos.** El objetivo principal es analizar la adherencia a guselkumab en pacientes con psoriasis o psoriasis y artritis psoriásica a los 12 meses de tratamiento, en práctica clínica real en España.

**Diseño y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, no controlado, en pacientes adultos con psoriasis o psoriasis y artritis psoriásica que inician el tratamiento con guselkumab y con capacidad de cumplimentar los PROs en una plataforma digital. Tamaño muestral predeterminado de 350 pacientes, en 39 centros del territorio nacional y seguimiento a 12 meses. Análisis de adherencia a través de farmacia hospitalaria con el índice de posesión de medicación (MPR); y autoevaluado por el paciente con la escala de adherencia a medicación de Morisky (MMAS-8). Evaluación de PROs a los 6 y 12 meses: TSQM, HADS y PSSD. Se registrarán todos los acontecimientos adversos.

#### 4. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE INTERLEUCINA 23 (ANTI-IL23) EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Wang<sup>a</sup>, B. González Rodríguez<sup>a</sup>, L. Calderón Lozano<sup>a</sup>, C. Gutiérrez Collar<sup>a</sup>, M.C. García Donoso<sup>a</sup>, S. Sánchez Fernández<sup>b</sup> y R. Rivera Díaz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología e <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Los tratamientos biológicos anti-IL23 han demostrado su eficacia en psoriasis en distintos ensayos clínicos. Sin embargo, no hay ensayos que los comparen entre sí y los metanálisis solo analizan datos procedentes de ensayos, bien distintos a los pacientes en la vida real. Por ello, queremos estudiar la situación de los pacientes con psoriasis en tratamiento con algún anti-IL23, analizando el perfil del paciente en el que usamos cada fármaco, la efectividad y la pauta posológica empleada. Presentamos un estudio observacional, transversal que incluyó pacientes con psoriasis tratados con anti-IL23 que llevarán al menos 3 meses, en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, entre enero de 2019 hasta noviembre de 2023. Se analizaron las características demográficas de los pacientes. Para la valoración de la gravedad de la psoriasis y la respuesta al tratamiento se utilizó el Psoriasis Area and Severity Index (PASI) se calculó la mediana de PASI con cada uno de los fármacos y la mediana de tiempo de tratamiento. Se incluyeron 158 pacientes; 81 (51,3%) en tratamiento con guselkumab, 19 (12,0%) con tildrakizumab y 58 (36,7%) con risankizumab. No se hallaron diferencias significativas en el sexo (33,5% mujeres), la edad (52,0 años), el peso (83,7 kg) ni duración media de psoriasis (23,0 años); 44 (27,9%) son biológicos naive. No se han encontrado diferencias significativas en PASI basal (7,45; 5,00-10,00;  $p = 0,086$ ) y PASI actual (0,50; 0-1,50;  $p = 0,19$ ). Un 46,8% de los pacientes recibe una pauta espaciada respecto a la pauta estándar. En nuestra experiencia, los pacientes con anti-IL23 mantienen un buen control de su enfermedad bajo el tratamiento en la vida real. Además, un porcentaje considerable se mantiene bajo una pauta espaciada, lo que implica una mayor eficiencia. No se han encontrado diferencias significativas en la

efectividad entre los 3 tratamientos, posiblemente debido a las limitaciones de nuestro estudio.

#### 5. UPADACITINIB PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SOLAPAMIENTO ENTRE PSORIASIS Y ECCEMA: UNA SERIE DE CASOS

C. Calvo Asín, F. Tous Romero, F.J. Ortiz de Frutos, M.C. García Donoso, R. Cavestany Rodríguez, J. Puig Buendía, J. Montero Menárguez, A. Wang, B. González Rodríguez, L. Calderón Lozano, C. Gutiérrez Collar, L.M. Guzmán Pérez, P. Hernández Madrid, J.L. Alejo Fernández, E. Porres López y R. Rivera Díaz

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** El solapamiento entre psoriasis y eccema es infrecuente. Puede verse en pacientes con dermatitis atópica (DA) de origen asiático, formas pediátricas o intrínsecas. También en los subtipos de psoriasis palmoplantar, de cuero cabelludo, eritrodérmica o en gotas. Asimismo, se han descrito reacciones eczematosas tras iniciar tratamiento con fármacos anti-TNF, anti-IL17, IL23 o IL12/23. El tratamiento de estos casos puede llegar a ser un reto: los inmunosupresores convencionales a veces no pueden utilizarse durante largos periodos de tiempo, los biofármacos de psoriasis no son muy eficaces en el tratamiento del eccema y los fármacos selectivos aprobados para DA no son efectivos en psoriasis. En este contexto de activación de múltiples vías, una inhibición más transversal como la que producen los inhibidores de JAK, entre ellos upadacitinib, puede ser una buena opción.

**Materiales y métodos.** Presentamos una serie retrospectiva de cinco casos con solapamiento entre psoriasis y DA tratados con upadacitinib. Hemos incluido pacientes con clínica de ambas entidades (destacando la localización palmoplantar) y pacientes que, tras recibir tratamiento específico para la psoriasis o la DA, experimentaron clínica paradójica. Analizamos sus características demográficas, la respuesta a upadacitinib y los acontecimientos adversos descritos.

**Resultados.** Tras haber realizado tratamiento de forma insatisfactoria con numerosos inmunosupresores, se pautó upadacitinib 15 mg o 30 mg con remisión completa de las lesiones sin acontecimientos adversos relevantes. Destaca la rapidez de acción, especialmente en la resolución del picor.

**Conclusiones.** Upadacitinib puede ser una alternativa para el tratamiento de pacientes con solapamiento entre psoriasis y DA que sean refractarios a los inmunosupresores convencionales.

#### 6. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN ESPAÑA: ACTUALIZACIÓN DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO DEL GRUPO DE PSORIASIS DE LA AEDV

L. Salgado Boquete<sup>a</sup>, M. Hospital Gil<sup>b</sup>, A. López Ferrer<sup>c</sup>, P. Herranz Pinto<sup>d</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>e</sup>, A. Mateu Puchades<sup>f</sup>, F.J. García Latasa de Aranibar<sup>g</sup>, R. Rivera Díaz<sup>h</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>i</sup>, E. del Alcázar Viladomiu<sup>j</sup>, S. Santos Alarcón<sup>k</sup>, S. Arias Santiago<sup>k</sup>, Á. González Cantero<sup>l</sup>, I. Belinchón Romero<sup>m</sup>, G. Carretero Hernández<sup>n</sup>, M. Ferran i Farrés<sup>o</sup>, D.P. Ruiz Genao<sup>p</sup>, N. Eiris Salvado<sup>q</sup>, A. Sahuquillo Torralba<sup>r</sup>, F.J. Mataix Díaz<sup>s</sup>, P. de la Cueva Dobao<sup>t</sup>, J.M. Carrascosa Carrillo<sup>u</sup> y M.M. Llamas Velasco<sup>u</sup>

Dermatología. <sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>b</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). <sup>c</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

<sup>a</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>c</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>d</sup>Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>e</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>g</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>h</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>i</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>j</sup>Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. <sup>k</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). <sup>l</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>m</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>n</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>o</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>p</sup>Hospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa/La Vila Joiosa (Alicante). <sup>q</sup>Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>r</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

**Objetivo.** Evaluar la efectividad y seguridad de tildrakizumab (TIL) en pacientes con psoriasis tratados según práctica clínica habitual en España.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo multicéntrico del Grupo de Psoriasis de la AEDV (GPS) en el que se permite la inclusión de todos aquellos pacientes con psoriasis que hayan recibido tratamiento con TIL en contexto de práctica clínica habitual en España desde septiembre 2019 hasta la actualidad. Se han recogido de forma anonimizada distintos parámetros relativos a los datos epidemiológicos, efectividad y seguridad de fármaco registrados en las historias clínicas electrónicas de los pacientes. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS19.

**Resultados.** Se presentará en el congreso el análisis realizado tras la inclusión de 339 pacientes, con un seguimiento de hasta 2 años. Se analizarán datos de efectividad con respuesta de PASI absoluto a corto plazo (12 y 24 sem) y también a 1 y 2 años de seguimiento. Se actualizarán los datos de seguridad y de impacto en la calidad de vida de los pacientes evaluado a partir del DLQI.

**Conclusiones.** Con relación a los estudios pivotaes (reSURFACE1/2) los pacientes de nuestro estudio tienen mayor frecuencia de comorbilidades, menor PASI basal y han recibido terapia biológica previa en mayor porcentaje. Los resultados de efectividad y seguridad confirman la utilidad de tildrakizumab en el tratamiento de la psoriasis en un contexto de práctica clínica habitual. No hemos observado mayor incidencia de efectos adversos graves o nuevos eventos de seguridad respecto a lo descrito en los ensayos clínicos.

## 7. MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON PSORIASIS Y RELACIÓN CON LA CARGA INFLAMATORIA: ESTUDIO OBSERVACIONAL

L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>a</sup>, M.J. Sánchez Pujol<sup>b</sup>, C. Mora Martínez<sup>c</sup>, Y. Sanz Herranz<sup>c</sup>, E. Caparrós Cayuela<sup>d</sup>, R. Francés Guarinos<sup>d</sup>, J.M. Ramos Rincón<sup>d</sup> e I. Belinchón Romero<sup>e</sup>

*Dermatología.* <sup>a</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>b</sup>Hospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa/La Vila Joiosa (Alicante). <sup>c</sup>Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos (IATA). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Valencia. <sup>d</sup>Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante. <sup>e</sup>Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

**Antecedentes y objetivos.** La relación entre cambios en composición de la microbiota intestinal (disbiosis) y enfermedades inflamatorias es conocida, aunque mal caracterizada en la psoriasis.

**Material y métodos.** Estudio observacional de casos y controles. Se incluyeron 36 pacientes con psoriasis y 23 controles. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, muestras de heces para determinar la composición de microbiota en géneros o especies medidas como Amplicon Sequence Variants (ASV), así como muestras

de sangre para determinar interleucinas (IL) inflamatorias (IFNg, IL17, IL22, IL23, IL31, IL33, IL36, TGFb, TNFa).

**Resultados.** No se encontraron diferencias en diversidad alfa, que mide la abundancia de ASV en una muestra biológica, ni en diversidad beta, que mide cómo de diferentes son las ASV de la microbiota de diversas muestras. En cuanto a las abundancias absolutas, solo se encontraron diferencias en el phylum Synergisota, menos representado en muestras de pacientes con psoriasis. El análisis de abundancia diferencial, realizado por PERMANOVA, encontró abundancia mayor de *Subdoligranulum* sp., *Lactobacillus* sp. y *Bacteroides plebeius* y menor de *Senegalimassilia anaerobia* y *Ruminococcus* sp. en pacientes con psoriasis. Tras controlar los factores confusores, mediante el modelo DESeq2, únicamente *Subdoligranulum* sp. mantenía significación estadística tras ajustar por edad, género, IMC y tabaquismo. Se encontraron niveles superiores de todas las IL en los pacientes con psoriasis, viendo que las ASV relacionadas positivamente con las IL son más abundantes en pacientes con psoriasis y las ASV relacionadas negativamente con las IL son menos abundantes.

**Conclusiones.** La abundancia y composición de la microbiota intestinal en pacientes con psoriasis difiere de pacientes sanos. Parece haber relación entre los géneros y especies de la microbiota intestinal y las IL inflamatorias. La psoriasis justificaría el 1,9% de las variaciones de microbiota intestinal en el estudio.

## 8. ANTI-IL-23 COMO TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS INVERTIDA MODERADA-GRAVE: EFICACIA A LOS 6 MESES EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J. Ceravalls<sup>a</sup>, M. Ferrán<sup>b</sup>, J.M. Fernández Armenteros<sup>c</sup>, J. Riera Monroig<sup>d</sup>, M. Iglesias Sancho<sup>a</sup> y M. Salleras Redonnet<sup>a</sup>

*Dermatología.* <sup>a</sup>Hospital Sagrado Corazón. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>c</sup>Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona). <sup>d</sup>Hospital Clínic. Barcelona. España.

**Antecedentes.** La psoriasis invertida constituye un reto terapéutico que frecuentemente requiere escalar el tratamiento tópico a sistémico o incluso biológico. La sensibilidad, oclusión y maceración de los pliegues aumenta el riesgo de dermatitis irritativa, sobreinfecciones y mayor absorción de los fármacos tópicos. Aunque la terapia biológica ha revolucionado el manejo de la psoriasis, disponemos de escasa evidencia sobre su eficacia en el tratamiento de la psoriasis invertida.

**Objetivo.** Determinar el porcentaje de pacientes con psoriasis invertida moderada-severa al iniciar tratamiento con un biológico anti-IL-23 que consigue un IGA de 0/1 a los 3 y 6 meses.

**Métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo multicéntrico que incluye a todos los pacientes  $\geq 18$  años con psoriasis invertida moderada-grave (IGA  $\geq 2$ ) tratados con anti-IL-23 desde enero de 2018 hasta mayo de 2023.

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes (31 mujeres y 29 hombres), 28 tratados con risankizumab, 25 con guselkumab y 9 con tildrakizumab con una edad media de 51,8 años y un IMC medio de 31,62. Todos los pacientes tenían psoriasis en placas, con una duración media de 17,58 años [2 - 50], asociando afectación en el 51,6% del cuero cabelludo, el 50% ungual y el 30% genital. El 20% presentaba artritis psoriásica. El 97% había recibido tratamiento sistémico (media de 2/paciente) y el 81,6% tratamiento biológico (media de 1,6/paciente) siendo adalimumab y ustekinumab los más empleados. Los pliegues interglúteo, retroauricular e inguinal fueron los afectados con mayor frecuencia. A los 3 meses, el 72% había conseguido un IGA 0/1, incrementándose al 91% a los 6 meses. Respecto al PASI y el BSA, estos fueron de 9,9 y 10,5% al inicio, descendiendo a PASI 1,7 y BSA 2,4% a los 3 meses y 0,6 y 0,7%, respectivamente, a los 6 meses.

**Conclusión.** En este estudio de práctica clínica real los biológicos anti-IL-23 parecen ser rápidos y eficaces para el tratamiento de la psoriasis invertida además de la psoriasis en placas.

## 9. DESCRIPCIÓN DE LAS COMORBILIDADES EN PACIENTES CON PSORIASIS Y SU ASOCIACIÓN EN PATRONES A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE REDES EN LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

T. Gracia Cazaña<sup>a</sup>, M. Almenara Blasco<sup>a</sup>, J. Carmona-Pérez<sup>b</sup>, A. Gimeno-Miguel<sup>c</sup>, B. Poblador-Plou<sup>c</sup>, A.M. Morales Callaghan<sup>a</sup>, A. Navarro Bielsa<sup>a</sup>, A. Prados-Torres<sup>c</sup> e Y. Gilaberte<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

<sup>b</sup>Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información.

Sevilla. <sup>c</sup>Grupo de Investigación EpiChron. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Zaragoza. España.

**Objetivo.** Explorar y describir la existencia de diferentes patrones de comorbilidad en pacientes con psoriasis mediante el análisis de redes.

**Métodos.** Estudio observacional retrospectivo en la Cohorte EpiChron, que relaciona datos sociodemográficos y clínicos de todos los usuarios del sistema sanitario público de Aragón. La población de estudio está formada por los pacientes de la cohorte diagnosticados de psoriasis en el periodo 2010-2019. La población se estratificó por sexo y en cinco grupos de edad. Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas de la población de estudio. A continuación, se hizo un análisis de redes para estudiar las asociaciones entre comorbilidades de la psoriasis. Se utilizó la correlación tetracórica para analizar la intensidad de la asociación de los pares de comorbilidades. El punto de corte para la significación estadística se ajustó a un valor  $p$  de 0,01.

**Resultados.** Se obtuvo una cohorte de 32.197 pacientes con psoriasis (54% hombres). La prevalencia de psoriasis en la cohorte EpiChron fue del 2,6%. Las comorbilidades más frecuentes fueron los trastornos respiratorios, cardiometabólicos y mentales. Las comorbilidades se combinaron en 21 patrones de enfermedad (11 en hombres y 14 en mujeres), con algunas especificidades de sexo y edad. El patrón cardiometabólico fue el más descrito en todas las edades y sexos. Este patrón incluye trastornos del metabolismo lipídico y otros trastornos nutricionales/endocrinos/metabólicos, entre otros. La fuerza de la correlación entre estas dos últimas condiciones fue muy alta (0,72-0,93 sobre 1) en todos los grupos.

**Conclusiones.** Nuestro estudio reveló la presencia de diferentes patrones de comorbilidad clínicamente significativos en pacientes con psoriasis. Estos resultados pueden ayudar a identificar qué comorbilidades merecen especial atención en este tipo de pacientes y a comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a las asociaciones patológicas identificadas.

## 10. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS. ESTUDIO POBLACIONAL GLOBAL (TRINETX)

R. Rivera-Díaz<sup>a</sup>, G Hernández Ibarburu<sup>b</sup>, M.C. García Donoso<sup>a</sup> y B. Joven Ibáñez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

<sup>b</sup>Senior Hospital Partnership Manager. EMEA. TriNetX Europe NV.

Madrid. <sup>c</sup>Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** Los tratamientos biológicos en psoriasis son muy efectivos en el control de las lesiones cutáneas pero respecto a si previenen el desarrollo de artritis psoriásica (APs) no hay datos concluyentes. El objetivo de este estudio es comparar la incidencia de APs entre los pacientes que reciben un fármaco biológico para tratar la psoriasis en primera o segunda línea de tratamiento

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo con datos procedentes de historia clínica electrónica (HCE) em-

pleando la red global de TriNetX (N:199.875.420). Se han identificado pacientes con psoriasis (N: 1.101.000) que estuvieran en primera línea de tratamiento con alguna de las diferentes familias terapéuticas: antiTNF (23.610), antiIL12-23 (5.820), antiIL17 (5.270) y antiIL 23 (5.640). Se ha comparado la incidencia de APs a lo largo de 5 años usando como grupo comparador a la población con antiTNF. Para el análisis, las cohortes se han ajustado por: tiempo desde el debut de psoriasis, sexo, psoriasis ungueal, obesidad, alcohol o tabaco y tratamientos convencionales previos

**Resultados.** En 1ª línea, los antiIL-23 [HR 0.680 (0,550; 0,841)] presentan un 39% menos de riesgo de desarrollo de APs a los 5 años frente a un antiTNF. En 2ª línea, los anti IL-12/23 [HR 0.604 (0,511; 0,714)] presentan un 32% menos de riesgo de desarrollo de APs a los 3 años frente a un antiTNF en 1ª línea. Los antiIL-23, tanto en 1ª [HR 0.524 (0,437; 0,628)] como 2ª línea [HR 0.529 (0,367; 0,761)], presentan un 47% menos de probabilidad de desarrollar APs que los antiIL-17 a los 5 y 3 años.

**Conclusiones.** La utilización de herramientas de inteligencia artificial para la generación de datos de real-world-evidence supone una nueva oportunidad de hacer estudios retrospectivos con elevado número de pacientes. Este es el primer estudio que analiza la incidencia de APs en cohortes ajustadas, se identifica que los pacientes tratados con antiIL23 y antiIL12/23 tienen un menor riesgo de desarrollar APs.

## 11. ESTUDIO COMPARATIVO DE TILDRAKIZUMAB, RISANKIZUMAB Y GUSELKUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: EFECTIVIDAD Y SUPERVIVENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

M. González Ramos, E. Berna Rico, J. Naharro Rodríguez, F.J. Pérez Bootello, L.A. Pérez González, Á. González Cantero, C. Pindado Ortega, P. Fernández González y M.A. Ballester Martínez

Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

Tildrakizumab, risankizumab y guselkumab son los inhibidores de IL23 aprobados para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. No existen ensayos clínicos comparativos y apenas hay estudios que evalúen su efectividad en la práctica clínica. El objetivo fue evaluar la efectividad y la supervivencia de los inhibidores de IL23 en la práctica clínica real. Se realizó un análisis observacional retrospectivo de pacientes con psoriasis tratados con un inhibidor de IL23 entre julio de 2017 y julio de 2023 en un hospital terciario. Los objetivos fueron evaluar la supervivencia de los fármacos y la efectividad evaluada mediante el porcentaje de pacientes que alcanzaron PASI absoluto  $\leq 2$ , PASI100, PASI90 y PASI75. Se incluyeron 113 pacientes (13 tildrakizumab, 60 risankizumab y 40 guselkumab). El 38% eran mujeres. La mediana de edad fue 50 años. Se observó mayor porcentaje de artritis psoriásica en tratados con guselkumab (32%) y de cáncer (46%) en tratados con tildrakizumab. El 81% habían estado previamente en tratamiento con  $\geq 1$  biológico, siendo los anti-TNF a los más frecuentes. La mediana del PASI basal fue de 6,5. La mediana global de la duración del tratamiento fue de 58 semanas. El 21% suspendieron el tratamiento, de los cuales el 62% estaba con tildrakizumab, 10% con risankizumab y 25% con guselkumab; observándose diferencias significativas. La supervivencia al año fue de 56% (tildrakizumab), 88% (risankizumab), 86% (guselkumab). El test de log-rank encontró diferencias significativas. Entre las semanas 8-12 y en la 24, se observaron diferencias significativas en el PASI75, PASI90 y PASI absoluto  $\leq 2$ ; así como en el PASI100 al año de tratamiento. El motivo de la suspensión fue fallo secundario en el 57%. En conclusión, los inhibidores de IL23 son un tratamiento eficaz en la práctica clínica real. Los resultados obtenidos confirman la efectividad y supervivencia de los fármacos

reportada en otros estudios similares, pero son más bajas que las de los ensayos clínicos.

## 12. NUEVOS BIOMARCADORES DE MORTALIDAD E IMPACTO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON PSORIASIS: RESULTADOS DE UNA COHORTE OBSERVACIONAL Y DOS ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS CON PLACEBO

Á. González Cantero<sup>a</sup>, C. Abbad-Jaime de Aragón<sup>a</sup>, E. Berna Rico<sup>a</sup>, D. Shin<sup>b</sup>, A. Svedbom<sup>c</sup>, M.A. Ballester Martínez<sup>a</sup>, C. Pindado Ortega<sup>a</sup>, P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>, M. Ståhle<sup>c</sup>, N. Mehta<sup>d</sup> y J. Gelfand<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. <sup>b</sup>University of Pennsylvania. Filadelfia (Pennsylvania). Estados Unidos. <sup>c</sup>Karolinska Institutet. Stockholm (Stockholms Lan). Suecia. <sup>d</sup>George Washington University. Whashington (District of Columbia). Estados Unidos.

**Antecedentes.** La psoriasis, sobre todo sus formas graves, asocia un aumento de mortalidad. En la actualidad no se dispone de marcadores predictivos de mortalidad en psoriasis. Por otro lado, se desconoce el efecto de los tratamientos utilizados para la psoriasis en la mortalidad de los pacientes. Recientemente, se han descubierto multimarcadores, medidos por resonancia magnética nuclear, que han demostrado predecir mortalidad en la población general.

**Objetivo.** Evaluar la capacidad predictiva de multimarcadores de mortalidad en pacientes con psoriasis, así como estudiar el efecto de adalimumab, secukinumab y fototerapia.

**Material.** Se llevó a cabo una primera fase para evaluar la capacidad predictiva de multimarcadores de mortalidad, Inflammation Vulnerability Index (IVX) y Metabolic Vulnerability Index (MVX), en la Stockholm Psoriasis Cohort (SPC) (721 pacientes seguidos durante 10 años). En una segunda fase, se evaluó el impacto de adalimumab, fototerapia y secukinumab en dichos multimarcadores, realizando un análisis post-hoc en los ensayos VIP (vascular inflammation in psoriasis) y VIP-S. Los multimarcadores fueron analizados en la plataforma Vantera con el algoritmo LP4 del NIH).

**Resultados.** El IVX mostró una asociación significativa con la mortalidad a 10 años en SPC (N = 721), observándose una hazard ratio (HR) de 1,73 (IC 95%: 1,02-2,93) para pacientes con psoriasis en el tercer tercil. Por otro lado, se observó una reducción significativa en IVX (-9,477; p = 0,004) y MVX (-6,283; p = 0,035) con adalimumab (N = 33) comparado con el grupo placebo (N = 33). Secukinumab (N = 46) y fototerapia (N = 33) mostraron un efecto neutral sobre los marcadores al compararse con placebo (N = 45).

**Conclusiones.** En psoriasis, el IVX es un marcador que se asocia de forma robusta con mortalidad a 10 años de forma independiente a factores de riesgo establecidos. Adalimumab disminuyó multimarcadores de mortalidad mientras que secukinumab y fototerapia mostraron un efecto neutral.

## 13. ESPESOLIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA: ANÁLISIS PRELIMINAR MULTICÉNTRICO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

E. Canal García<sup>a</sup>, E. del Alcázar Viladomiu<sup>a</sup>, R.M. Izu Belloso<sup>b</sup>, J. Alcántara González<sup>c</sup>, A. Ballano Ruiz<sup>d</sup>, M.M. Llamas Velasco<sup>e</sup>, A. Pérez Gil<sup>f</sup>, J.A. Ratón Nieto<sup>g</sup>, C. Sanchis Sánchez<sup>h</sup> y J.M. Carrascosa Carrillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>b</sup>Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). <sup>c</sup>Hospital de Torrejón. Torrejón de Ardoz (Madrid). <sup>d</sup>Hospital Universitario del Henares. Alcalá de Henares (Madrid). <sup>e</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>g</sup>Universidad del País Vasco. Bilbao (Vizcaya). <sup>h</sup>Hospital de la Plana. Vila-real (Castellón). España.

**Antecedentes y objetivos.** Espesolimab es un anticuerpo monoclonal anti-IL36R que fue aprobado por la EMA en el 2022 para el tratamiento de los brotes de psoriasis pustulosa generalizada (PPG). Actualmente, solo está disponible en España a partir de la petición específica al fabricante y autorización por la AEMPs. Presentamos un análisis preliminar sobre la efectividad y seguridad de espesolimab en práctica clínica.

**Métodos.** Estudio retrospectivo observacional y multicéntrico (8 hospitales) de pacientes con PPG tratados con espesolimab entre febrero y noviembre 2023. La efectividad se evaluó mediante el GPPGA, GPPASI, BSA y DLQI y se recogieron los acontecimientos adversos.

**Resultados.** Se incluyeron 11 pacientes (8 mujeres y 3 hombres), con una edad media de 62 años e IMC medio de 27,9 kg/m<sup>2</sup>. El curso de PGG más prevalente fue a brotes (72,2%), presentando la mitad de los casos 1-2 brotes/año. El 90,9% habían recibido tratamiento sistémico previo y el 54% tratamiento biológico previo. Más de la mitad de los pacientes presentaron clínica sistémica y el 81,8% tuvieron alteraciones analíticas. El GPPGA medio basal fue de 2,73, mostrando una disminución a 1,78 y 1,03 a las semanas 1 y 4, respectivamente. El valor medio del GPPGA a las 16 semanas fue 0,6. La subpuntuación de pustulación de GPPGA basal fue de 2, reduciéndose a 0,81, 0,7 y 0,4 en las semanas 1, 4 y 16. Se observó una tendencia similar para el GPPASI, BSA y DLQI. El 90,9% recibió dos dosis del fármaco. Tres pacientes presentaron pérdida de eficacia a las 8 semanas, requiriendo terapia alternativa. Dos pacientes experimentaron astenia moderada tras la infusión y un paciente tuvo bacteriemia por *S. aureus*, demorándose en 2 meses la administración de la segunda dosis.

**Conclusiones.** Presentamos la primera serie de pacientes tratados con espesolimab con buena respuesta clínica y tolerancia después de una semana, que continuó hasta la semana 16, en coherencia con los resultados procedentes de los ensayos clínicos.

## 14. DESCIFRANDO LOS ELEMENTOS MOLECULARES COMPARTIDOS EN LAS VÍAS DE LAS CITOCINAS IMPLICADAS EN LA PSORIASIS

M.E. del Prado Sanz<sup>a</sup>, E. Vilarrasa Rull<sup>b</sup>, A. López Ferrer<sup>b</sup>, E. Cantó Naves<sup>c</sup>, F.J. García Latasa de Aranibar<sup>d</sup>, L. Puig Sanz<sup>b</sup> y S. Vidal Alcorisa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Quirónsalud. Zaragoza. <sup>b</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>c</sup>Grupo Enfermedades Inflamatorias-Inmunología. Institut Recerca Hospital Sant Pau. Barcelona. <sup>d</sup>Dermatología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. <sup>e</sup>Grupo Enfermedades Inflamatorias-Inmunología. Institut Recerca Hospital Sant Pau. Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivo.** La psoriasis es un trastorno inflamatorio crónico con respuesta inmune anormal, que conduce a hiperplasia epidérmica y formación de placas eritematodescamativas. Aunque se ha estudiado ampliamente que TNF $\alpha$ , IL-23 e IL-17 participan del mantenimiento de la inflamación en la piel psoriásica, nuevos datos sugieren interacciones y elementos comunes en sus vías de señalización.

**Métodos.** Realizamos un análisis prospectivo con biopsias de piel de placas de psoriasis (PP) y piel no afectada (PN) emparejadas de 40 pacientes para minimizar diferencias interindividuales. Tras secuenciación de ARN (NovaSeq6000) y normalización, se identificaron genes expresados diferencialmente (DEG) (Limma). Metascape sirvió para representar en red vías biológicas enriquecidas de DEG. Aquellos con p < 0,01, recuento mínimo de 3 y factor de enriquecimiento > 1,5 se agruparon en clústers por similitud de pertenencia. Las relaciones entre ellos se representaron como red, conectando por aristas cuando la similitud > 0,3.

**Resultados.** Encontramos 1492 DEG, 738 regulados al alza y 745 a la baja entre PP y PN. De los DEG regulados al alza en PP, los clústers más significativos fueron: vía de señalización de IL-17, respuesta a bacterias, diferenciación de queratinocitos, regulación positiva de producción de citocinas y regulación de procesos efectores inmunitarios. De los DEG regulados a la baja en PP, los clústers más significativos fueron: regulación del transporte transmembrana, respuesta a sal y transmisión sináptica química. El análisis de vías mostró DEG relacionados con las vías del TNF $\alpha$  (13,8% al alza), IL-23 (45,9% al alza) e IL-17 (35,29% al alza, 10% a la baja). De las redes destacaban tres genes coexpresados (IL-6, IL-1B, CXCL1) en estas vías, sugiriendo su papel central en la psoriasis.

**Conclusiones.** Existen elementos compartidos entre vías que deben jugar un papel molecular común y mecanismos solapados y explican la interconexión de procesos biológicos en la psoriasis.

### 15. METAANÁLISIS DE TRANSCRIPTOMAS EN PSORIASIS EN PLACAS: EXPLORANDO LAS BASES GENÉTICAS Y RUTAS ASOCIADAS

J. Riera-Monroig<sup>a</sup>, T. Torres<sup>b</sup>, G. Tell-Martí<sup>b</sup>, J. Bagué<sup>b</sup>, N. Calbet-Llopard<sup>b</sup>, M. Potrony<sup>b</sup>, F. García-García<sup>c</sup>, J. Català<sup>c</sup>, F. Roig<sup>c</sup> y S. Puig Sardá<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. <sup>b</sup>CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER). Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS). Barcelona.

<sup>c</sup>Biomedicina Computacional. Unidad de Bioinformática y Bioestadística. Centro de Investigación Príncipe Felipe. Valencia. <sup>d</sup>Dermatología. Hospital Clínic. Barcelona. CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER). Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic. Barcelona. España.

**Antecedentes y objetivos del estudio.** El aumento del conocimiento en la fisiopatología de la psoriasis como enfermedad inmunomediada ha permitido el desarrollo de terapias dirigidas altamente eficaces. Sin embargo, existen vacíos en dicha patogenia. El presente trabajo busca reunir y profundizar en los factores inmunológicos y genéticos subyacentes.

**Materiales y métodos.** Se recogieron los datos públicos disponibles de expresión génica de pacientes con psoriasis (piel lesional, no lesional) y controles sanos. Se realizó un análisis de enriquecimiento funcional y posteriormente se revisó su significación clínica en base a las vías moleculares implicadas.

**Resultados.** Se identificaron 275 vías asociadas al sistema inmune y, al comparar con la literatura reportada, se encontró una coincidencia del 62,86%, identificando 661 genes específicos. Se detectaron 157 genes discordantes y se exploraron las vías implicadas a ellos: gluconeogénesis, señalización FoxO, mitofagia, mitofagia mediada por PINK1-PRKN y autofagia selectiva. La relación entre la gluconeogénesis y la psoriasis puede vincularse al aumento del ciclo celular y a las alteraciones metabólicas asociadas, como obesidad o resistencia a la insulina. Se sugiere que mutaciones en genes como G6PC3, TPI1 y USP7 podrían desencadenar deficiencias en la gluconeogénesis. Además, la identificación de vías relacionadas con la regulación de FoxO y la mitofagia sugiere una regulación negativa por la vía de señalización PI3K/AKT. La implicación de esta vía en la hiperproliferación de queratinocitos respalda su conexión en la patogénesis de la psoriasis. Además, la relación entre la mitofagia y el TNF justifica la conexión entre la inflamación y la disfunción mitocondrial en la psoriasis.

**Conclusiones.** En la piel con psoriasis se observa una sobreexpresión de genes de la vía de gluconeogénesis, la señalización FoxO y la mitofagia. Estos hallazgos podrían permitir profundizar en la comprensión de la patogénesis de la psoriasis.

### 16. SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS Y CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA LOCALMENTE AVANZADO

A.B. Felipe Robaina, C.P. Hernández Fernández, G. Suárez Mahugo, P. Naranjo Álamo, A. Rebolledo Ruiz, E. Castro González e I. Castaño González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). España.*

**Introducción.** Existe una incidencia aumentada de cáncer cutáneo no melanoma (CCNM), a expensas del carcinoma espinocelular (CEC), en pacientes con psoriasis. No obstante, los datos sobre el riesgo de CCNM en relación con el uso de biológicos, incluyendo los anti-IL-17, son limitados.

**Caso clínico.** Varón de 75 años con antecedente de tuberculosis renal pasada, en seguimiento desde 1993 por psoriasis cutánea grave generalizada y artritis psoriásica, con fallo por inefectividad a metotrexato, acitretina, apremilast, ustekinumab y secukinumab. Entre 2007 y 2019 presentó varios carcinomas basocelulares (CBC) y CEC en cabeza y cuello, tratados mediante extirpación quirúrgica, destacando un CBC localmente avanzado del surco nasogeniano izquierdo, con afectación de paladar duro y maxilar izquierdo, que fue tratado en 2014 mediante cirugía y radioterapia y quimioterapia adyuvantes, con remisión completa clínica y radiológica. En 2020 inició ixekizumab 80 mg cada 4 semanas, experimentando un aclaramiento completo de la psoriasis y excelente control de la artritis, con una respuesta sostenida hasta la actualidad, sin recurrencia o desarrollo de nuevos CCNM.

**Discusión.** En los ensayos clínicos, la incidencia de CCNM como efecto adverso de ixekizumab en pacientes con psoriasis es baja. Es mayor durante el primer año de tratamiento y en pacientes previamente tratados con otros biológicos. Existen datos contradictorios acerca del papel de la IL-17 en el microambiente tumoral, y no se ha demostrado un mayor riesgo de CCNM secundario a la terapia biológica en la práctica clínica habitual.

**Conclusiones.** Presentamos un paciente con psoriasis y antecedentes de múltiples CCNM en cabeza y cuello, tratado durante 3 años con Ixekizumab con buena respuesta y sin progresión o desarrollo de nuevas lesiones cutáneas malignas.

### 17. ¿PSORIASIS, VERRUGA O AMBAS? DESCRIPCIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DE CINCO CASOS DE PSORIASIS VERRUCOSA CON ANÁLISIS DE VPH NEGATIVO

A.A. Cabanillas Cabral<sup>a</sup>, M.A. Ruiz Villanueva<sup>a</sup>, S. Becerril Andrés<sup>a</sup>, G. Baeza Hernández<sup>a</sup>, J. Cañueto Álvarez<sup>a</sup> y Á. Santos-Briz Terrón<sup>b</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria, de origen autoinmune que cuenta con diversas formas de presentación clínica, algunas muy poco frecuentes, como la psoriasis verrucosa (PV). Esta se caracteriza a nivel histológico por la suma de patrones propios de psoriasis y verruga vulgar, aunque la influencia del virus del papiloma humano (VPH) en su patogenia no ha sido descartada. A continuación, presentamos cinco casos de psoriasis verrucosa confirmados histológicamente, con determinación de VPH.

**Descripción de los casos/Resultados.** Analizamos un total de cinco biopsias de cuatro pacientes diferentes. En todos ellas, el estudio histológico mostró claros rasgos psoriasiformes, tales como hiperqueratosis paraqueratósica, hipogranulosis y atrofia suprapapilar; junto a un infiltrado de predominio linfocitario en dermis superficial. Sin embargo, asociaban una hiperplasia epidérmica irregular de aspecto papilomatoso. Estos hallazgos fueron concordantes con PV. Además, se tomaron virutas de los bloques parafinados para detección de VPH tanto cutáneos como anogenitales mediante PCR, obteniendo un resultado negativo, salvo presencia de VPH 182 en una única muestra.

**Discusión.** La PV constituye una variante de psoriasis con menos de 40 casos publicados. Clínicamente, es habitual su presentación en placas localizadas en superficies de extensión y zonas expuestas a traumatismos. El análisis histológico de estas lesiones se caracteriza por una hiperplasia epidérmica papilomatosa unida a otras características psoriasiformes. Esta serie de PV constituye la segunda más extensa publicada y la primera con realización de técnicas de biología molecular para descartar VPH. Ante estos hallazgos, parece poco probable que el VPH presente influencia en la génesis de las lesiones de PV.

**Conclusión.** La psoriasis verrucosa constituye un patrón clínico-patológico de lesión propio de la psoriasis en placas, sin relación con infecciones por VPH.

## 18. UNAS HERMANAS COMPLICADAS: DE LA CANDIDIASIS A LA PSORIASIS

J.A. Suárez Pérez, S. Corral Pavanelo, S. Merino Molina, P. Navarro Guillamón, G.G. Garriga Martina y E. Herrera Acosta

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

Presentamos el caso de una mujer de 19 años en seguimiento por psoriasis grave en tratamiento con risankizumab con excelente respuesta al mismo. La paciente había presentado previamente múltiples episodios de candidiasis oral. Además, su hermana, de 24 años, nos consulta por lesiones a modo de placas eritematocostrosas en región facial y tercio anterior de cuero cabelludo, así como lesiones ungueales, de aparición en el primer año de vida. Además de estas lesiones cutáneas, la paciente había tenido episodios recurrentes de muguet. Bajo la sospecha de psoriasis, apoyada por sus antecedentes familiares, se había instaurado tratamiento dirigido a esta enfermedad en múltiples ocasiones, sin apreciarse gran mejoría. En este contexto y dados los episodios repetidos de infecciones candidiásicas que presentaba la paciente, se tomó cultivo de las lesiones cutáneas con resultado positivo para *Candida albicans*. Se pautó tratamiento con Fluconazol oral, observando a los cinco meses desaparición de las lesiones a nivel cutáneo e importante mejoría de las lesiones ungueales. El estudio de inmunodeficiencias fue negativo. La candidiasis mucocutánea crónica engloba un grupo heterogéneo de síndromes caracterizados todos ellos por infecciones no invasivas y recurrentes de la piel, uñas y mucosas por hongos del género *Candida*. Estos están causados por defectos genéticos que afectan al funcionamiento del sistema inmunitario, especialmente mutaciones en los genes AIRE y STAT, ambos involucrados en la vía de la IL-17. El conocimiento de esta enfermedad y su trasfondo genético fue esencial a la hora de plantear una terapia biológica para nuestra paciente, con psoriasis grave y lesiones similares a las de su hermana, que sugerían en ambas una candidiasis mucocutánea crónica, eligiendo un fármaco de acción en la vía de la IL-23, dada la implicación de los fármacos que interactúan con la vía de la IL-17 en un mayor riesgo de infecciones por *Candida*.

## 19. PROYECTO DERMAFARMA: ANÁLISIS DE LA PERSISTENCIA Y ADHERENCIA DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA GRAVE MEDIANTE EL USO DE LA SOLUCIÓN PSORUP

A. Martorell<sup>a</sup>, R. Ferrando Piqueres<sup>b</sup>, G. Pitarch Bort<sup>c</sup>, M. Caja<sup>d</sup>, R. Alcalá García<sup>e</sup>, P. Llopis Salvia<sup>f</sup>, A. Mateu Puchades<sup>g</sup>, P. Ortega<sup>h</sup>, J.L. Sánchez Carazo<sup>i</sup>, L. García Fernández<sup>j</sup>, M.Á. Bernabeu<sup>k</sup>, J. Mataix<sup>l</sup>, M. Pérez Crespo<sup>m</sup>, M.Á. Cía Barrio<sup>n</sup>, A. García Monsalve<sup>o</sup>, F. Toledo Alberola<sup>p</sup>, L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>q</sup>, F. Rodríguez Lucena<sup>r</sup>, I. Belinchón Romero<sup>s</sup>, P. Polache Vengud<sup>t</sup>, S. Santos Alarcón<sup>u</sup>, J.R. Ubeda Bonete<sup>v</sup> y J. Borrás<sup>w</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología. Hospital de Manises. Valencia. <sup>b</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital General. Castelló de la Plana (Castellón).*

*<sup>c</sup>Hospital General. Castelló de la Plana (Castellón). <sup>d</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital de Manises. Valencia. <sup>e</sup>Dermatología. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia). <sup>f</sup>Farmacia Hospitalaria y <sup>g</sup>Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>h</sup>Farmacia Hospitalaria y <sup>i</sup>Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. <sup>j</sup>Dermatología y <sup>k</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>l</sup>Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>m</sup>Dermatología y <sup>n</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>o</sup>Farmacia Hospitalaria y <sup>p</sup>Dermatología. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante). <sup>q</sup>Dermatología y <sup>r</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>s</sup>Dermatología y <sup>t</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario. Alicante. <sup>u</sup>Dermatología y <sup>v</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante). <sup>w</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt (Valencia). España.*

**Introducción.** Uno de los principales retos que se plantea en el paciente con psoriasis es mejorar la adherencia al tratamiento, ya que su falta puede incidir negativamente en la calidad de vida y los resultados en salud.

**Objetivos.** El estudio denominado “DERMA-FARMA” tiene como objetivo analizar la persistencia y adherencia a la terapia biológica en pacientes con psoriasis grave en la Comunidad Valenciana.

**Material y métodos.** Este estudio multicéntrico, liderado por la colaboración entre dermatólogos y farmacéuticos, abarca a 12 centros. La población objetivo comprende adultos con psoriasis moderada o grave que inician cualquier tratamiento biológico en los 6 meses posteriores al inicio del estudio. La recopilación de datos se llevará a cabo durante un año, mediante la APP móvil PsorUp y la persistencia del tratamiento se evaluará mediante la continuidad en la toma del medicamento.

**Resultados preliminares.** Un total de 91 pacientes, 56 varones y 39 mujeres, han sido incluidos, con un seguimiento medio de 20 semanas. La tasa de fracaso primario de los fármacos analizados hasta la fecha muestra un 21% en varones que inician Adalimumab, en comparación con un valor inferior al 1% con el resto de moléculas. En cuanto al uso de la aplicación PsorUp, el 86% de los pacientes incluidos en el estudio completaron sus cuestionarios de calidad de vida en el ámbito domiciliario.

**Conclusiones preliminares.** Los datos iniciales sobre la experiencia de uso de la aplicación PsorUp en la recopilación de datos de calidad de vida, provenientes de los distintos actores involucrados en la psoriasis, sugieren que esta solución podría ser eficaz para mejorar la adherencia terapéutica a corto plazo y generar modelos predictivos automatizados basados en información de valor a largo plazo.

## 20. ESTUDIO DE LOS CAMBIOS EN LA METILACIÓN DEL DNA Y LA EXPRESIÓN GÉNICA EN MONOCITOS EN RELACIÓN A LA ACTIVIDAD EN PSORIASIS

J.M. Carrascosa<sup>a</sup>, R. Martins Ferreira<sup>b</sup>, M. Munera Campos<sup>a</sup>, O. Morante Palacios<sup>b</sup> y E. Ballestar<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. LCMN. Germans Trias i Pujol Research Institute (IGTP). <sup>b</sup>Epigenetics and Immune Disease Group. Josep Carreras Research Institute (IJC). Badalona (Barcelona). España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica en la que más del 20% de los pacientes requieren tratamientos inmunosupresores sistémicos debido a su gravedad e impacto en la calidad de vida. En la actualidad, todavía reviste una gran dificultad la clasificación de la enfermedad y selección del tratamiento, con resultados insatisfactorios en una gran proporción de los pacientes. El desarrollo de la psoriasis está determinado por diversos mecanismos biológicos, entre los que se incluyen los mecanismos

epigenéticos, los cuales contribuyen a la heterogeneidad de la enfermedad. En este estudio, nuestro objetivo consistió en determinar la contribución de las alteraciones en la metilación del DNA y de la expresión génica en células mieloides (efectores claves de la inmunidad innata y reguladores de la respuesta inflamatoria) en psoriasis antes del inicio de tratamiento (alta actividad) y después del tratamiento (remisión/baja actividad).

**Metodología.** Se aislaron monocitos de muestras de sangre periférica, de pacientes con psoriasis antes y después del tratamiento e de individuos control, mediante centrifugación de gradiente Ficoll-Paque seguida de selección positiva con MicroBeads CD14+. Los perfiles de metilación de DNA y expresión génica se determinaron usando EPIC BeadChip Arrays y RNA-seq.

**Resultados.** No se observaron cambios significativos de metilación de DNA entre pacientes antes y después del tratamiento. Sin embargo, genes que se encuentran con expresión desregulada en psoriasis con alta actividad en comparación al grupo control retornan a niveles control después del tratamiento. Los genes cuya expresión esta elevada únicamente antes del tratamiento están enriquecidos en categorías biológicas asociadas a la respuesta inmune innata y presentación de antígenos; mientras que genes cuya expresión esta disminuida se asocian a la adhesión y migración celular.

**Conclusiones.** Nuestros resultados demuestran que la expresión génica en monocitos refleja cambios de actividad psoriásica con potencial para ser usado en el futuro para caracterización de los pacientes y estratificación del fenotipo clínico.

## 21. BIMEKIZUMAB: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES CON PSORIASIS

J. Notario<sup>a</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>b</sup>, R. Fornons<sup>a</sup> y E. Dauden<sup>c</sup>. En representación del grupo de trabajo del GPS

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>c</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.*

Bimekizumab (BMK) es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado, que inhibe las isoformas A y F de la interleuquina-17. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de efectividad y seguridad de BMK en pacientes con psoriasis (PsO) moderado-grave en el corto plazo en práctica clínica. Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico en pacientes con PsO tratados con BMK en práctica clínica hasta noviembre de 2023, con un seguimiento mínimo de 12 semanas. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades y terapias previas. La medida de la respuesta clínica se realizó utilizando datos observados mediante PASI, BSA y DLQI. Se incluyeron 186 pacientes. Los datos de seguridad se analizan para el total de pacientes y los de efectividad para aquellos con PsO en placas (n:111; 39,8% mujeres, edad media 52,5 años, IMC medio 28,7; IMC > 30 40%). DM, DLP e HTA se presentaban en el 15,4%/34,3%/30,8% respectivamente. Un 26,88% presentaban artritis psoriásica. La duración media de la enfermedad fue 17,09 años. Un 81% habían realizado tratamiento sistémico convencional previo y un 18,2% eran naïve a biológicos. El PASI medio al inicio del tratamiento (n:111) a semana 4 (n:88) y a semana 12-16 (n:107) fue respectivamente de 12,7/1,42/0,6. El BSA medio al inicio del tratamiento (n:100) y a semana 12-16 (n:86) fue de 17,3/1,18 respectivamente y los valores de DLQI en los mismos puntos de evaluación fueron 11,2 (n:94)/0,78(n:81). El tratamiento se suspendió en 11 pacientes (7,7%), 7 por falta/pérdida de respuesta, 3 por acontecimiento adverso (2 candidiasis mucosas, 1 reacción local). El acontecimiento adverso más frecuente fue la aparición de candidiasis mucocutánea en el 8,6% de pacientes (16/186). Bimekizumab, en concordancia con los datos de los ensayos clínicos, se muestra como un trata-

miento altamente efectivo y con un buen perfil de seguridad para el tratamiento de pacientes con PsO en placas.

## PÓSTERES

### e-Póster

#### P01. EFICACIA DE BIMEKIZUMAB A LO LARGO DE 3 AÑOS EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE: ANÁLISIS AGRUPADO A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO BE BRIGHT

J.M. Ortiz Salvador<sup>a</sup>, M. Leibold<sup>b</sup>, B. Strober<sup>c</sup>, P. Foley<sup>d</sup>, R.G. Langley<sup>e</sup>, Y. Tada<sup>f</sup>, P. Hampton<sup>g</sup>, L. Davis<sup>h</sup>, S. Wiegatz<sup>i</sup>, B. Hoepken<sup>j</sup>, J. Lambert<sup>k</sup> y G. Kokolakis<sup>k</sup>

*Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España. <sup>b</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. Estados Unidos. <sup>c</sup>Yale University. New Haven and Central Connecticut Dermatology Research. Cromwell (Connecticut). Estados Unidos. <sup>d</sup>The University of Melbourne. St. Vincent's Hospital Melbourne. Fitzroy and Probitry Medical Research Inc. Skin Health Institute. Carlton (Victoria). Australia. <sup>e</sup>Dalhousie University. Halifax (Nova Scotia). Canadá. Department of Dermatology. <sup>f</sup>Teikyo University School of Medicine. Tokyo. Japón. <sup>g</sup>The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. Newcastle upon Tyne. Reino Unido. <sup>h</sup>UCB Pharma. Morrisville (North Carolina). Estados Unidos. <sup>i</sup>UCB Pharma. Monheim (Nordrhein-Westfalen). Alemania. <sup>j</sup>UCB Pharma. Colombes (Ile-de-France). Francia. <sup>k</sup>Psoriasis Research and Treatment Centre. Department of Dermatology, Venereology and Allergology. Charité-Universitätsmedizin Berlin. Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin. Berlin. Alemania.*

**Objetivo.** Uno de los motivos principales para suspender el tratamiento biológico en pacientes con psoriasis en placas es la pérdida de respuesta con el tiempo; por tanto, la eficacia del tratamiento a largo plazo es muy importante. Se presenta la eficacia de bimekizumab (BKZ) durante 3 años en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave en 3 ensayos clínicos fase III y su periodo de extensión abierta (OLE).

**Método.** Se agruparon los datos de los ensayos fase III BE VIVID, BE SURE y BE READY, y su OLE común BE BRIGHT. Los pacientes incluidos recibieron BKZ 320 mg cada 4 semanas (C4S) y luego cambiaron a una dosis de mantenimiento C4S o C8S desde la semana 16 y se incorporaron a la OLE; desde la semana 48 de la OLE, todos los pacientes recibieron BKZ 320 mg C8S. Se presentan los resultados de los pacientes que lograron una mejora de  $\geq 90\%$  con respecto a los valores de referencia del índice de gravedad y extensión de la psoriasis (PASI 90), PASI 100 y el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) 0/1 hasta el tercer año de tratamiento.

**Resultados.** 771 pacientes recibieron BKZ de forma continuada en los estudios iniciales y se incorporaron a la OLE. De estos, en la S16, el 90,9%, el 65,8% y el 71,5% alcanzaron PASI 90, PASI 100 y DLQI 0/1, respectivamente. En el año 1, el 93,7%, el 76,6% y el 83,1% de todos los pacientes tratados con BKZ alcanzaron PASI 90 (semana 52), PASI 100 (semana 52) y DLQI 0/1 (semana 48/52), respectivamente. Las altas tasas de respuesta se mantuvieron hasta el año 3: El 91,0%, el 70,3% y el 82,8% de todos los pacientes tratados con BKZ alcanzaron PASI 90, PASI 100 y DLQI 0/1, respectivamente.

**Conclusiones.** En los ensayos fase III y su OLE, se observaron altas tasas de respuesta clínica y de mejora de la calidad de vida que se mantuvieron a lo largo de 3 años de tratamiento con BKZ.

## PO2. ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON PSORIASIS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

N. Mohino-Farré<sup>a</sup>, M. Just-Sarobé<sup>a</sup>, S. Rodríguez-Muguruza<sup>b</sup>, L. Pastor-Jané<sup>a</sup>, C. Martín-Callizo<sup>a</sup>, J.A. Pujol-Montcusí<sup>a</sup>, M. Cordellat-Martínez<sup>a</sup>, J.D. Cánovas-García<sup>a</sup>, S. Castro-Oreiro<sup>b</sup>, M.J. Poveda-Elices<sup>b</sup>, N. del Castillo-Piñol<sup>b</sup>, M. Menacho-Viladot<sup>c</sup>, G. Valldosera-Gomis<sup>c</sup> y R. Fontova-Garrofé<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Reumatología y <sup>c</sup>Gastroenterología. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España.

**Introducción.** Algunos tratamientos empleados en pacientes con psoriasis y otras enfermedades crónicas inflamatorias inmunomediadas (ECII) son teratogénicos, por lo que es importante un manejo adecuado de la anticoncepción.

**Objetivos.** Determinar la relación entre la teratogenicidad de los fármacos y la eficacia de los métodos anticonceptivos (MAC) y prevalencia de uso de MAC en mujeres en edad fértil que padecen psoriasis-ECII.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional transversal en el Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Se incluyeron mujeres entre 18-50 años diagnosticadas de psoriasis cutánea o ECII (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa). Los fármacos se dicotomizaron en 2 categorías en función del riesgo teratogénico: bajo o alto riesgo. Los MAC se clasificaron según su eficacia en altamente eficaces, moderadamente e ineficaces. Mediante la prueba Chi-Cuadrado se determinó la relación entre los fármacos teratogénicos y la eficacia de los MAC.

**Resultados.** Se incluyeron 59 mujeres con una edad media de 41,2 años. El 69,5% utilizaba algún MAC (casi el 60% de eficacia moderada). En cuanto a los fármacos empleados en psoriasis-ECII, el 67,8% pertenecía al grupo de alto riesgo, y de este grupo, el 37,5% empleaba un MAC ineficaz o no lo utilizaba. La relación entre los fármacos empleados en psoriasis-ECII y la eficacia de la anticoncepción no fue estadísticamente significativa (p valor 0,52).

**Conclusiones.** La frecuencia del uso de MAC en mujeres en edad fértil con psoriasis-ECII fue casi del 70%. El uso de MAC ineficaces fue poco frecuente. Casi el 40% de las pacientes con un fármaco de alto riesgo no utilizaba MAC o era ineficaz. Por otra parte, no se encontró una relación entre el riesgo teratogénico de los fármacos y la eficacia del MAC empleado. Es importante la adecuada gestión del riesgo teratogénico y del empleo de MAC de las pacientes con psoriasis-ECII en tratamiento médico.

## PO3. ERITRODERMIA Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA PERIFÉRICA TRATADA CON BIMEKIZUMAB EN PACIENTE REFRACTARIO A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS, REPORTE UN CASO

E.J. García Verdú, E.L. Pinto Pulido, P. Merlo Gómez, S. Medina Montalvo, I. Polo Rodríguez y A.B. Piteiro Bermejo

Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.

La eritrodermia psoriásica en una forma grave y poco prevalente de psoriasis, en la que está afectada más del 75% de la superficie corporal. No disponemos de ensayos clínicos aleatorizados que determinen cuál es su tratamiento de primera elección, solo casos reportados tratados con antiTNF, antiIL12/23, antiIL23, antiIL17A y, más recientemente, algún caso de buena respuesta a bimekizumab (anticuerpo monoclonal Ig G1 humanizado anti IL-17A/F) en pacientes con eritrodermia sin artropatía. Presentamos el caso de una mujer de 64 años con síndrome metabólico y psoriasis en placas moderada-grave asociada a artritis psoriásica periférica de 23 años de evolución, controlada parcialmente con brodalumab, tras fra-

caso previo a múltiples tratamientos, incluyendo anti TNF, anti IL12/23 y anti IL17A. Acudió a urgencias por eritrodermia psoriásica y brote severo de artritis en rodilla y mano derechas tras incumplimiento terapéutico. Se administró bimekizumab a dosis de inicio (2 inyecciones de 160 mg cada 4 semanas) con resolución completa del cuadro cutáneo en 10 días. En semana 4 mantenía PASI 0 con respuesta parcial articular, alcanzando respuesta completa articular a las 12 semanas. Por necesidades de la paciente, se pasó de la cuarta dosis de inducción a la de mantenimiento (2 inyecciones de 160 mg cada 8 semanas), sin pérdida de respuesta, que se mantuvo en semana 32 sin aparición de efectos adversos. Planteamos un nuevo caso de eritrodermia y artropatía periférica psoriásicas tratado con bimekizumab, remarcando su utilidad en pacientes con control irregular y refractariedad a múltiples tratamientos, en base a su rapidez de acción, eficacia y seguridad sostenidas, e intervalo cómodo de administración.

## PO4. BIENESTAR DE LOS PACIENTES TRATADOS CON TILDRAKIZUMAB EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: SUBANÁLISIS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA DE DATOS PRELIMINARES A SEMANA 28 DEL ESTUDIO DE FASE IV POSITIVE

E. Daudén Tello<sup>a</sup>, R. Izu Belloso<sup>b</sup>, D. Vidal Sarró<sup>c</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>d</sup>, M. Augustin<sup>e</sup>, R. Sommer<sup>e</sup> y U. Mrowietz<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid. <sup>b</sup>Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). <sup>c</sup>Hospital Moisès Broggi. Barcelona. <sup>d</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. <sup>e</sup>Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing (IVDP). University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE). Hamburgo (Hamburg). <sup>f</sup>Psoriasis-Center. Department of Dermatology. University Medical Center Schleswig-Holstein. Campus Kiel. Kiel (Schleswig-Holstein). Alemania.

**Antecedentes y objetivos.** La psoriasis afecta el aspecto social, emocional, funcional y físico de los pacientes, repercutiendo en su bienestar general. El objetivo fue evaluar la efectividad del anti-IL-23p19 tildrakizumab sobre el bienestar general en pacientes españoles con psoriasis en placas de moderada a grave del estudio POSITIVE.

**Métodos.** POSITIVE es un estudio observacional multinacional fase IV de 24 meses en adultos con psoriasis en placas de moderada a grave tratados según práctica clínica con tildrakizumab. El bienestar se evaluó mediante el Índice de Bienestar General-5 de la OMS (WHO-5; rango 0-100, 100 = bienestar máximo). Como referencia, la puntuación media de WHO-5 es 65,4 en población general española y 56 en pacientes con diabetes tipo 2. Presentamos resultados de la subpoblación de pacientes españoles del análisis preliminar a semana (S) 28 basado en datos disponibles.

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes (56,7% hombres, edad media [DE] 47,5 [15,1]). Un total de 39 (65,0%) pacientes recibieron tratamientos biológicos previos a tildrakizumab, siendo el 35,0% naïve a tratamiento. La media (DE) de WHO-5 aumentó de 54,9 (21,0) en basal a 70,7 (20,5)/69,0 (21,3) a S16/S28 (p < 0,05, ambos). El porcentaje medio de cambio respecto a basal fue de 43,2% a S28.

**Conclusiones.** Los resultados son consistentes con los observados en la población total del estudio POSITIVE. El nivel de bienestar al inicio del estudio de los pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave fue comparable al nivel de bienestar en otras enfermedades, resaltando las necesidades existentes en el manejo de la psoriasis. Tildrakizumab mejoró significativamente el bienestar de los pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave, alcanzando un estado de bienestar similar al de la población general española a S16, que se mantuvo a S28.

### PO5. LA LIGA DE LA JUSTICIA: LA INEQUIDAD EN ESPAÑA. SERIE DE 25 PACIENTES (DE SEGUNDA CATEGORÍA) TRATADOS CON TILDRAKIZUMAB

S. Armesto Alonso<sup>a</sup>, S. Simón Coloret<sup>a</sup>, M.C. González Vela<sup>b</sup>, J. Sánchez Gundín<sup>c</sup>, M. Drake Monfort<sup>a</sup>, C. Naharro Fernández<sup>a</sup>, F. Moro Bolado<sup>a</sup> y M.A. González Lopez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Patología y <sup>c</sup>Farmacia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España.

**Introducción.** Código deontológico: Art.6.5, el médico debe ejercer su profesión con autonomía e independencia clínica sin influencia de personas externas en beneficio del paciente. Art.20.2, Libertad de prescripción. Art.20.4, El aliviar el gasto debe salvaguardar la calidad asistencial y la libertad de prescripción. Art.20.5, los gestores deben cuidar la equidad mostrando honradez y transparencia. **Metodología.** Valoramos los datos epidemiológicos y psoriásicos de 25 pacientes entre 3 m y 12 meses.

**Discusión.** Primeramente aportamos una experiencia superada en tiempo y muestras por otras series con años de diferencia. Sirva como protesta por la inequidad sanitaria donde hay quien es ciudadano de primera o de segunda y curiosamente en estos momentos los ciudadanos de segunda pagarán el déficit de los ciudadanos primera. Salvada la falta de justicia demostramos una persistencia, eficacia (y eficiencia) en placas y localizaciones especiales (palmo-plantar e inversa) así como seguridad superior a la demostrada en los pivotaes.

**Conclusión.** Tildrakizumab ha resultado una sorpresa. Reconocido como el fármaco más seguro, ha demostrado una eficiencia y persistencia superior a la esperada. Por último Beauchamp y Childress describieron los principios bioéticos y el código deontológico determina la actuación de los profesionales. ¿Por qué entonces todo es una gran mentira permitida a nivel gestor político?

### PO6. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES PREDICTIVOS DE FIBROSIS HEPÁTICA Y DEL PERFIL LIPÍDICO EN PSORIASIS TRATADA CON RISANKIZUMAB

G. Pitarch Bort<sup>a</sup>, C. Millán Alcolea<sup>b</sup> y L. Mahiques Santos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital General. <sup>b</sup>Facultat de Ciències de la Salut. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana (Castellón). España.

**Antecedentes.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria relacionada con el síndrome metabólico y el hígado graso no alcohólico. Esta relación puede llegar a condicionar la estrategia terapéutica puesto que muchos de los fármacos clásicos son hepatotóxicos. Risankizumab es un fármaco anti-IL23 cuyos efectos relacionados con la evolución de la fibrosis hepática no son bien conocidos.

**Objetivos.** El objetivo principal es estudiar la evolución de los parámetros de fibrosis hepática en pacientes con psoriasis en tratamiento con risankizumab. Los objetivos secundarios son estudiar la evolución de los parámetros analíticos de síndrome metabólico (glucosa, perfil lipídico y transaminasas) y valorar si la toma previa de metotrexato ha empeorado dichos parámetros de fibrosis hepática.

**Métodos.** Se calcularon los índices FIB-4, APRI y/o Forns para predecir dicha fibrosis hepática. Para ello, se recogieron de forma retrospectiva los valores analíticos necesarios en tres momentos: uno previo al tratamiento, otro a los 3-6 meses y otro a los 12 meses. Con estos datos se realizó un análisis de medidas repetidas.

**Resultados.** No se detectaron cambios en los índices predictivos de fibrosis hepática, en los valores de glucosa, colesterol total, LDL y transaminasas a lo largo del tiempo de seguimiento. Se encontraron descensos leves, estadísticamente significativos, en los valores de colesterol HDL y triglicéridos.

**Conclusiones.** Risankizumab no empeora los valores de fibrosis hepática, por lo que puede valorarse como tratamiento en pacientes con psoriasis y comorbilidades hepáticas.

### PO7. DESINTENSIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS: EXPERIENCIA DE 18 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

O. Al-Wattar Ceballos<sup>a</sup>, L. Martínez Montalvo<sup>a</sup>, M. Montero García<sup>a</sup>, M. Gómez Manzanara<sup>a</sup>, F. Moro Bolado<sup>b</sup>, M. Carmona Rodríguez<sup>a</sup>, M. García Arpa<sup>a</sup> y M.P. Sánchez Caminero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Hospital General Universitario. Ciudad Real.

<sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España.

La psoriasis es una dermatosis inflamatoria crónica que afecta en torno al 3% de la población. Los tratamientos biológicos (BT) son la alternativa terapéutica de mayor eficacia para obtener un control de la enfermedad de acuerdo a los objetivos óptimos e ideales actuales. Si bien la posología de cada BT está definida, actualmente no hay una evidencia robusta sobre cuándo y cómo reducir o suspender el BT tras conseguir el control de la enfermedad, proceso conocido con el nombre de desintensificación. Presentamos un estudio observacional retrospectivo unicéntrico descriptivo con el objetivo de describir los resultados de desintensificación en un hospital terciario durante 18 años. El estudio incluye un total de 112 pacientes que han recibido BT por diagnóstico de psoriasis entre los años 2004 y 2021. De los 112 pacientes, 43 (38%) se encuentran desintensificados de forma eficaz. De estos pacientes, 21 (49%) están con anti-TNF, 5 (12%) con un anti-IL17, 12 (27%) con un anti-IL12/23 y 5 (12%) con un anti-IL23. De los pacientes desintensificados de forma eficaz, 20 (47%) habían recibido al menos otro BT previamente; Se realizó mediante el alargamiento de intervalo entre dosis en 38 (88%), mediante disminución de dosis en 1 (2%) y mediante la evitación de la inducción en 4(9%) pacientes. No hubo desintensificación mediante suspensión de BT. Adalimumab con 18 (42%) pacientes y ustekinumab con 12 (28%) pacientes son los BT con más pacientes desintensificados de forma eficaz. Según diana, el 29% de los pacientes que han recibido un anti-IL23, el 28% de los que han recibido un anti-IL12/23, 18% de anti-TNF y 15% de anti-IL17 se han desintensificado de forma eficaz. El 100% de los pacientes desintensificados con un anti-IL23 recibieron al menos un BT previo, y siempre fue eficaz. Nuestro estudio muestra el estado de la desintensificación de BT en psoriasis en un servicio de dermatología durante 18 años con el objetivo de aportar datos para conocer la realidad de los BT a nivel nacional.

### PO8. BROTE DE PSORIASIS PUSTULOSA EN CONTEXTO DE COVID-19 CON RESPUESTA FAVORABLE A BIMEKIZUMAB

E.L. Pinto Pulido, E. García Verdú, P. Merlo Gómez, I. Polo Rodríguez, M.S. Medina Montalvo y A.B. Piteiro Bermejo

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.

**Caso clínico.** Varón de 75 años con antecedentes de psoriasis en placas, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus e hipertensión. Se encontraba en tratamiento con risankizumab y había recibido previamente betametasona/calcipotriol tópico, fototerapia UVB, acitretino y apremilast. Acudió a urgencias por fiebre, tos y empeoramiento de las lesiones cutáneas. Presentaba múltiples placas rojo intenso, de morfología anular, con zonas descamativas y algunas pústulas en su superficie. Afectaban a miembros inferiores y superiores, tronco y cara. En zonas distales presentaba pápulas puntiformes de coloración rojo intenso. En las pruebas complementarias destacó la positividad para COVID-19. Se realizó una biopsia cutánea con hallazgos típicos de psoriasis, incluyendo la presencia de pústulas subcórneas, compatible con el diagnóstico clínico de brote de psoriasis en forma pustulosa anular. A pesar de la mejoría del resto de su sintomatología, las lesiones cutáneas empeoraron,

hasta alcanzar un PASI de 44 con un BSA del 66%. Por ello, se decidió iniciar bimekizumab. A las 4 semanas el paciente presentaba una mejoría muy significativa, persistiendo a la semana 8 tan solo una pequeña placa en la espalda (PASI 1,1 y BSA 1).

**Discusión.** Bimekizumab (inhibidor biológico de IL-17A y 17F) ha demostrado eficacia y seguridad para psoriasis en placas en ensayos clínicos y, recientemente, en práctica clínica habitual. Sin embargo, solo se han reportado 3 casos sobre su uso en psoriasis pustulosa. En ellos los pacientes también respondieron favorablemente, con práctica resolución de las lesiones a la semana 2 (un paciente, recibió combinación de bimekizumab y aféresis de adsorción de granulocitos y monocitos) y a la semana 4 (2 pacientes). A pesar de la necesidad de más evidencia, la llamativa y rápida mejoría de estos pacientes sugiere que bimekizumab podría tener un papel importante en el manejo la psoriasis pustulosa.

### P09. CUANDO EN LA CONSULTA DERMA-REUMA ES EL DERMATÓLOGO EL QUE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO: NO TODOS LOS CUADROS PSORIASIFORMES SON PSORIASIS

M. Castellanos González<sup>a</sup>, V. Gargallo Moneva<sup>a</sup>,  
M.R. Picazo Talavera<sup>b</sup> y M.A. Segurado Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital del Sureste. Arganda del Rey (Madrid). España.

Muchos pacientes valorados en consulta conjunta de dermatología y reumatología presentan psoriasis. Sin embargo, hay pacientes con lesiones de aspecto psoriasiforme y es el dermatólogo el que pone el diagnóstico sobre la mesa y permite un mejor manejo del caso. Presentamos 5 casos en los que el reumatólogo inicialmente pensó en psoriasis y fue el dermatólogo el que estableció otro diagnóstico. Paciente de 68 años con psoriasis cutánea y artropatía psoriásica periférica, en tratamiento con ixekizumab con buena respuesta. Refería una placa eritematosa en codo, tratada con corticoide tópico ante la sospecha de psoriasis. La biopsia estableció el diagnóstico de leishmaniasis cutánea. Se resolvió con glucantime intralesional. El segundo caso es una paciente de 59 años, con psoriasis en placas y oligoartritis recurrente, que presenta eritroniquia longitudinal aislada. Ante la sospecha de enfermedad de Bowen, se realiza biopsia, que lo confirma. Varón de 63 años, con aparición de novo de lesiones en codos, rodillas y antebrazos compatibles con psoriasis y poliartritis. Había recibido mitomicina intravesical por un tumor, el cuadro remitió tras la suspensión del tratamiento. Varón de 44 años con psoriasis, tras inicio de secukinumab presenta lesiones eritematoedematosas en espalda, algunas eritematodescamativas. La biopsia es compatible con lupus subagudo. Tras dolquine y switch a ustekinumab se realiza control del cuadro. Varón de 45 años con poliartralgias, lesiones eritematodescamativas en pliegues interdigitales y lesiones de aspecto circinado en glánde. Se trataba de un Síndrome de Reiter y tras tratamiento con metotrexate desapareció el cuadro cutáneo y articular.

**Conclusión.** A pesar de que la psoriasis tiene un aspecto clínico típico, en ocasiones, los pacientes con esta enfermedad presentan lesiones psoriasiformes cuyo diagnóstico final es completamente diferente. El dermatólogo es capaz de diferenciar estas entidades y permitir un manejo adecuado de los pacientes.

### P10. EXPERIENCIA CON BRODALUMAB EN PACIENTES OBESOS: SERIE DE CASOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

N. Aranda Sánchez, E. Martínez Lorenzo, M.V. Signes-Costa Smith, C. Romera de Blas, M. Cotarelo Hernández, M.J. Carrera Hernández, J.J. Amorós Oliva, P. Blázquez Pérez, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo y C. Pérez Hortet

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

La obesidad es una comorbilidad frecuente en pacientes con psoriasis en los que actúa como un factor pronóstico negativo, disminuyendo la eficacia de los tratamientos utilizados en estos pacientes. Brodalumab es un anticuerpo monoclonal inhibidor del receptor A de IL17 utilizado en el tratamiento de pacientes con psoriasis. Aporta una ventaja con respecto a otros tratamientos biológicos dado que no requiere ajuste de dosis en pacientes obesos. Presentamos una serie de casos en práctica clínica real en la que se comparan los resultados entre pacientes obesos y no obesos en tratamiento con Brodalumab en términos de psoriasis area and severity index (PASI) y body surface area (BSA). Se incluyeron 25 pacientes. Un 32% presentaba obesidad (IMC > 30). Un 24% de los pacientes completaron 24 meses de seguimiento. El PASI medio inicial fue de 8,17, siendo en obesos de 9,27 y en pacientes no obesos de 7,57. El BSA inicial fue de 7,7%, 7,9% en obesos y 7,1% en no obesos. Al mes de tratamiento, todos los pacientes alcanzaron respuesta PASI90, el 75% de los pacientes obesos y el 30% de los no obesos alcanzaron respuesta PASI100. A los 3 meses, el 85% de los pacientes obesos y el 31% de los no obesos alcanzaron respuesta PASI100. A 12 meses, en torno al 60-70% de los pacientes tanto obesos como no obesos mantuvieron esta respuesta PASI100, siendo alcanzada por el 100% de los pacientes que completaron las 24 semanas de seguimiento. En cuanto al BSA, también se consiguió una respuesta satisfactoria, reduciéndose en torno al 1% al mes de tratamiento, manteniéndose esta respuesta a largo plazo. Un 2% de los pacientes presentaron fallo secundario. Los resultados de nuestra serie muestran cómo no hay diferencias relevantes en las respuestas PASI90 y PASI100 alcanzadas entre pacientes obesos y no obesos, tanto a corto como a largo plazo. Siendo Brodalumab una buena alternativa en el tratamiento de los pacientes con obesidad en los que conseguir una respuesta óptima supone un reto terapéutico.

### P11. PERSISTENCIA A LARGO PLAZO EN VIDA REAL DE GUSELKUMAB TRAS TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

A. Boix Montañés<sup>a</sup>, A.G. Greco<sup>b</sup> y R. del Río Gil<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Farmacia y <sup>b</sup>Dermatología. Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona). España.

En este estudio se reporta un seguimiento a largo plazo en vida real de una serie de pacientes con psoriasis moderada-severa tratados en un Hospital de nivel II que han cambiado de un anti-IL12-23, ustekinumab (UST) a un anti-IL23, guselkumab (GUS).

**Objetivo.** Evaluar la eficacia y la persistencia en vida real del tratamiento a largo plazo de GUS analizando separadamente los resultados en pacientes con fallo o clínicamente estables. Se han obtenido seguimientos de 22 pacientes desde 2019-20 hasta 04/2023 que han tenido un seguimiento mínimo de 12 semanas. Se han tabulado los valores de PASI absoluto, BSA y DLQI obtenidos en cada visita semestral de seguimiento. Todos los cambios se han revisado en sesión conjunta entre médico y farmacéutico, calificándose como debidos a ineficacia de UST (PASI > 2) o bien búsqueda de mejor eficiencia de tratamiento con GUS (PASI < 2). De las duraciones de tratamiento se ha obtenido una curva Kaplan Meier de supervivencia y se han calculado sus valores estimados a 1, 2 y 3 años. La supervivencia a un año de GUS en vida real resulta ser similar a la obtenida por otros autores en entornos hospitalarios similares con revisiones en vida real. Se observa una supervivencia del 76% a 3 años que permite confirmar que el cambio de fármaco no supone un incremento del riesgo de fracaso terapéutico. El seguimiento de pacientes con cambio por eficiencia muestra una línea horizontal que permite confirmar específicamente la continuidad de la remisión clínica al cambiar de fármaco. Estos datos complementarios permiten asegurar que, adicionalmente, a los 3 años del cambio se mantiene la remisión clínica con el nuevo fármaco.

## P12. EFICACIA DE BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

L. Mahiques Santos y G. Pitarch Bort

*Dermatología. Hospital General. Castelló de la Plana (Castellón). España.*

Actualmente disponemos de un amplio arsenal terapéutico para los pacientes con psoriasis con terapias eficaces para la población general. Sin embargo, ciertos subgrupos de pacientes, como aquellos con obesidad mórbida (OM) ( $IMC \geq 40.0 \text{ kg/m}^2$ ), siguen siendo un reto terapéutico. Presentamos dos casos de pacientes con OM que habían llevado sin éxito múltiples terapias biológicas para su psoriasis, incluyendo anti-TNF, anti-IL12/23, anti-IL-17 A y anti-IL-23p19. Ninguno de ellos había alcanzado el aclaramiento completo de su psoriasis con los tratamientos anteriores, ni siquiera en la inducción, donde se dan dosis más altas. Antes de iniciar bimekizumab, su psoriasis no estaba controlada a pesar de estar en tratamiento con guselkumab y risankizumab, respectivamente. Tras 16 semanas de tratamiento con bimekizumab 320 mg cada 4 semanas, ambos pacientes alcanzaron PASI 0 y BSA 0. Bimekizumab fue bien tolerado. Ambos pacientes desarrollaron un único episodio de infección fúngica leve y localizado, que se manejó satisfactoriamente con terapia antifúngica estándar sin suponer la discontinuación del tratamiento. Bimekizumab es el primer inhibidor dual y selectivo de las isoformas A y F de la IL-17 aprobado para el tratamiento de la psoriasis. Bimekizumab ha demostrado superioridad a adalimumab (anti-TNF), ustekinumab (anti-IL-12/23), y secukinumab (anti-IL-17 A) en ensayos head-to-head. En ausencia de comparaciones directas con otras moléculas, la respuesta en vida real aporta datos sobre su eficacia. Bimekizumab emerge como una alternativa terapéutica para la psoriasis que ofrece mayor efectividad que otros biológicos, incluso en los subgrupos de pacientes más refractarios, como aquellos con OM. Nuestra experiencia clínica respalda que bimekizumab en monoterapia es capaz de lograr respuestas completas y sostenidas, con perfil de seguridad favorable.

## P13. EXITOSO TRATAMIENTO DE ERITRODERMIA PSORIÁSICA CON BRODALUMAB

C. Cruz Catalán, L. Rodríguez Fernández-Freire, R. Bueno Molina, A. Daoud y J. Conejo-Mir Sánchez

*Dermatología M.Q. y Venereología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Introducción.** La eritrodermia psoriásica (EP) es la forma clínica menos frecuente de la psoriasis, pero la más grave de todas, que supone una urgencia médica. Es frecuente que se produzcan diversas complicaciones, que suelen ser de tipo hemodinámico e infecciosas.

**Caso clínico.** Varón de 55 años, sin antecedentes personales reseñables, salvo psoriasis en placas desde la juventud. Dada su gran extensión, había realizado tratamiento con fototerapia, suspendida por falta de eficacia, y con ciclosporina, suspendida por fallo secundario. Se inicia adalimumab a dosis de ficha técnica. A las cuatro semanas, el paciente acude a urgencias por malestar general, fiebre y empeoramiento de la psoriasis, presentando una afectación de más del 90% de la superficie corporal. Además de las medidas de estabilización del paciente, se decide cambio a infliximab. Al inicio el paciente mejora, pero a las dos semanas ingresa por sepsis por bacteriemia por *S. aureus* y tromboflebitis, en EP. Iniciamos anti-bioterapia intravenosa y cambio de diana biológica a brodalumab a dosis de ficha técnica. El paciente fue dado de alta con buen control de su psoriasis. Es revisado en consulta a las seis semanas del inicio de brodalumab, objetivándose un aclaramiento completo de las lesiones. Actualmente continúa con buen control tras 68 semanas de tratamiento.

**Conclusiones.** Para el tratamiento de la EP se utilizan habitualmente inmunosupresores clásicos como ciclosporina o metotrexato, que pueden exacerbar las complicaciones de la EP. Los fármacos anti-TNF, se consideran de primera línea para el tratamiento de la EP, pero en la mayoría de casos no se logra un control mantenido en el tiempo. Aunque hay pocos casos descritos, brodalumab se ha mostrado efectivo para el tratamiento de la EP en series de casos, manteniendo dicha efectividad a largo plazo. El uso de fármacos cuya diana terapéutica es más selectiva proporciona una mayor eficacia mantenida en el tiempo y presentan mejor perfil de seguridad.

## P14. ROFLUMILAST EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS INVERTIDA EN PACIENTES CON OBESIDAD

L. Reguero del Cura<sup>a</sup>, S. Armesto Alonso<sup>b</sup>, M. Lacalle Calderón<sup>a</sup>, A.M. Salas Martínez<sup>a</sup> y M.I. Quintana Martínez<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital de Sierrallana y Tres Mares. Torrelavega (Cantabria). <sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España.*

**Caso 1.** Mujer de 67 años con obesidad grado II, diabetes 2 mal controlada, hipertensión y síndrome metabólico. Presenta psoriasis invertida PASI 17, BSA 30% con brotes mensuales de sobreinfección candidiásica. Ante el perfil de paciente no candidata a terapias sistémicas clásicas se propone el uso de roflumilast fuera de ficha técnica. Se inicia roflumilast 500  $\mu$ /día con buena tolerancia y reducción significativa de las lesiones así como descenso de 5 kg, glucemia en rango y ausencia de candidiasis. A los 9 meses mantiene PASI 3 con mejoría de la calidad de vida y alto grado de satisfacción.

**Caso 2.** Varón de 71 años con hipertensión y obesidad grado I. Presenta psoriasis genital e invertida PASI 35. Se inicia roflumilast 500  $\mu$ /día fuera de indicación alcanzando a los 4 meses PASI 10, mejoría estado de ánimo y pérdida de 3 kg.

Roflumilast es un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa-4 (PDE-4) aprobado en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica hace más de una década. Se ha constatado una mayor actividad de la PDE-4 en las lesiones de psoriasis y su importancia clínica se hizo evidente con el apremilast, aprobado en Estados Unidos desde 2014. También puede ser beneficioso en el síndrome metabólico o la artritis psoriásica. Recientemente la Food and Drug Administration ha aprobado el uso tópico de roflumilast en la psoriasis en placas de leve a moderada y la psoriasis intertriginosa. Roflumilast oral, ha demostrado en un ensayo clínico reciente ser eficaz y seguro a 24 semanas en 46 pacientes con psoriasis moderada a grave a dosis de 500  $\mu$ g diarios. Además del excelente perfil de seguridad durante los más de 10 años que lleva en el mercado, destaca su bajo coste, vía oral, tolerancia, velocidad de acción su impacto en varios dominios de la enfermedad psoriásica. Si la eficacia y la seguridad se confirman en futuros estudios aleatorizados en psoriasis, el roflumilast oral puede representar una terapia conveniente previo al uso de biológicos.

## P15. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA TRATADA EXITOSAMENTE CON SPESOLIMAB

A. Ballano Ruiz, R.F. Rubio Aguilera, E. Gil de la Cruz, N. Barrientos Pérez y J.D. Domínguez Auñón

*Dermatología. Hospital de Henares. Coslada (Madrid). España.*

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una forma infrecuente de psoriasis, debilitante y en ocasiones con compromiso de la vida del paciente. Las opciones terapéuticas son un reto para los dermatólogos, al no existir hasta hace poco tratamientos con indicación para esta patología. Acitretino, metotrexato y ciclosporina han sido los tratamientos clásicos hasta hoy en día, junto con fármacos biológicos como los anti-TNFalfa y los anti IL-17 y 23, todo ello apoyado en estudios de baja evidencia clínica y con resultados en cuanto a efi-

cacia más pobres que las formas clásicas de psoriasis en placas. Spesolimab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra el receptor de la IL-36, la cual se ha visto implicada en varias enfermedades inmunomediadas incluida la PPG. Presentamos el caso de un varón de 38 años con un brote de PPG de meses de evolución tratado sin éxito con acitretino y brodalumab, y que tras 2 infusiones de spesolimab experimento una respuesta GPPGA 100 (de 4 a 0) en 4 semanas sin nuevos brotes a semana 8 de seguimiento. El ensayo clínico Effisayil 1 incluyó a pacientes con PPG moderada en tratamiento con spesolimab en comparación con placebo. EL endpoint primario de GPPGA-subpuntuación para pústulas de 0 en la semana 1 se consiguió en el 54% de los pacientes tratados con spesolimab vs. el 6% del grupo placebo ( $p < 0.001$ ). A la semana 4, un GPPGA-75 (reducción del 75% del GPPGA basal) se consiguió en el 51% de los pacientes tratados con el fármaco. Del total de pacientes tratados con spesolimab, un 6% reportaron algún efectos adverso serio en la primera semana, siendo las infecciones lo más frecuente (sin encontrar un patógeno más incidente u órgano con mayor predilección). En conclusión, se presenta un caso de PPG tratado exitosamente con spesolimab, sin efectos secundarios reseñables y con mantenimiento a 8 semanas, en concordancia con los estudios pivotaes del fármaco.

#### P16. EVALUACIÓN DE EFICIENCIA Y FARMACOECONOMÍA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS TRATADOS CON GUSELKUMAB: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO DE 3 AÑOS

L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>a</sup>, A. Pérez Gil<sup>b</sup>, J.C. Armario-Hita<sup>c</sup>, C.F. Vasquez Chinchay<sup>d</sup>, F.G. Moreno Suárez<sup>e</sup>, M. Galán Gutiérrez<sup>f</sup>, L. Martínez Pilar<sup>g</sup> y R. Ruiz Villaverde<sup>h</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>b</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). <sup>d</sup>Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla. <sup>e</sup>Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. <sup>f</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>g</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. <sup>h</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Guselkumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de pacientes adultos con psoriasis y/o artritis psoriásica. El objetivo de este trabajo ha sido realizar un estudio farmacoeconómico (FE) de Guselkumab, evaluando la eficiencia y persistencia en una cohorte de pacientes con psoriasis en placas durante 3 años.

**Métodos.** Es un estudio retrospectivo multicéntrico de 211 pacientes con psoriasis moderada a grave tratados con Guselkumab donde se evaluó la respuesta al tratamiento y en 168 pacientes la FE durante 3 años. Los análisis estadísticos se realizaron con GraphPad Prism 8.0.0.

**Resultados.** Al inicio, los parámetros de la enfermedad eran: PASI = 12,6, BSA = 17,7, VAS para el prurito = 5,5, DLQI = 14,2. Después de dos administraciones, todos los parámetros de la enfermedad disminuyeron significativamente en comparación con el inicio: PASI = 1,6 (2,6) ( $p < 0,0001$ ); BSA = 1,6 (2,9) ( $p < 0,0001$ ); VAS para el prurito = 0,6 (1,1) ( $p < 0,0001$ ) y DLQI = 1,2 (2,1) ( $p < 0,0001$ ). Aparte, en una población de 168 pacientes, se realizaron estudios FE y en términos generales el ahorro total en comparación con la ficha técnica fue del 28,8%. Solo el 11,3% de los pacientes recibió la dosificación de la ficha técnica mientras que la mayoría, el 52% ahorró más del 30% en comparación con la ficha técnica. Esto fue importante porque, a pesar de lo que los médicos habían recetado, el ahorro en cada categoría fue del 26,8%, 32,6%, 36,6% y 42,2% en comparación con la ficha técnica. Además, durante el primer año de tratamiento el ahorro fue del 40,1%. La supervivencia global fue del 83% y del 95,6% debido a la falta de efectividad o problemas de seguridad.

**Conclusiones.** Guselkumab es altamente efectivo en el control de la enfermedad psoriásica, generando ahorros significativos y desta-

cando por su dosificación personalizada, vital para enfermedades crónicas como la psoriasis, donde la eficiencia clínica y económica son esenciales.

#### P17. RISANKIZUMAB EN ÁREAS DIFÍCILES DE TRATAR: NUESTRA EXPERIENCIA EN PSORIASIS PALMOPLANTAR

C. Albanell Fernández, D. Muñoz Castro, E.G. Morales Tedone, E. Montesinos Villaescusa, Á. Revert Fernández y L. Martínez Casimiro

*Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** A pesar de los avances que se han hecho en los últimos años en el tratamiento de la psoriasis, las localizaciones difíciles de tratar siguen siendo un reto terapéutico en muchos pacientes. Concretamente la localización palmoplantar, en su forma hiperqueratósica y pustulosa, es difícil de controlar incluso con tratamientos muy eficaces. Risankizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se dirige a la IL-23. Su elevada eficacia en localización palmoplantar ha sido demostrada en análisis post hoc de los ensayos clínicos pivotaes así como en un ensayo clínico diseñado para evaluar la eficacia del tratamiento específicamente en esta localización. Asimismo, presenta desarrollo en psoriasis pustulosa. Nuestro objetivo es valorar la efectividad de risankizumab en práctica clínica real en los pacientes con psoriasis palmoplantar hiperqueratósica o pustulosa.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo unicéntrico de 14 pacientes afectados de psoriasis en placa (11) o pustulosa (3) con localización palmoplantar, tratados con risankizumab, con un seguimiento mínimo de 24 semanas. Evaluando las escalas PASI y DLQI antes de iniciar el tratamiento, y posteriormente a las 12 y a las 24 semanas tras el inicio del mismo. **Resultados.** El PASI y el DLQI medio al inicio del tratamiento era de 9,3 y 11,4, respectivamente. A las 12 semanas, el PASI medio había bajado a 1,6 y el DLQI medio a 1. A la semana 24 el PASI medio era 0,2 y el DLQI de 0,1. Los pacientes con psoriasis palmoplantar pustulosa presentaban un control completo de la enfermedad (PASI 0, DLQI 0). Únicamente un paciente presentó un viraje hacia una dermatitis atópica tras el inicio de tratamiento que llevó a la suspensión del mismo.

**Conclusiones.** Risankizumab se muestra como una opción terapéutica efectiva y segura en los pacientes que presentan localizaciones difíciles de tratar, como la palmoplantar, no solo en la forma hiperqueratósica, sino también en la pustulosa.

#### P18. JFK (JOHN FITZGERALD KENNEDY): CASO ABIERTO

S. Armesto Alonso<sup>a</sup>, C. González Vela<sup>b</sup>, S. Simón Coloret<sup>c</sup>, L. Reguero del Cura<sup>c</sup>, N. Palmou Fontana<sup>d</sup>, J. Sánchez Gundín<sup>e</sup>, M. Drake Monfort<sup>g</sup> y M.A. González López<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Patología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). <sup>c</sup>Dermatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega (Cantabria). <sup>d</sup>Reumatología y <sup>e</sup>Farmacia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España.*

**Introducción.** Los perfiles analíticos realizados con la intención de facilitar el trabajo del profesional pueden sorprendernos. De esta forma nuestro perfil incluye proteinograma. Así, llama la atención un 22% de gammopatías en el grupo de pacientes con psoriasis.

**Metodología y resultados.** Valoramos los últimos 50 pacientes psoriásicos y apreciamos la existencia de 11 gammopatías IgA, IgM, IgG de aparente carácter benigno (6p), de significado incierto (5p) y un mieloma (1p). Las gammopatías monoclonales son un grupo de desórdenes caracterizados por la proliferación de células plasmáticas clonales en médula ósea, que producen una proteína monoclonal.

La más común de estas es la gammapatía monoclonal de significado incierto, caracterizada por la presencia de una proteína monoclonal menor de 3 g/dL, menos del 10% de células plasmáticas clonales en médula ósea, ninguno de los criterios que clásicamente definen el mieloma pero con 1% de posibilidades de transformarse en un mieloma, linfoma, macroglobulemia... En este tipo, deberían realizarse controles analíticos al cabo de seis meses tras su detección, para ver su evolución, y con posterioridad anualmente.

**Conclusiones.** De forma anecdótica encontramos un porcentaje de alteraciones del proteinograma (gammapatía de significado incierto) asociada a la psoriasis como nueva comorbilidad de forma que de un 3,2% de las personas de 50 años y en el 5,3% de los mayores de 70 años pasamos a un 10% sin estratificar por edad. La etiopatogenia no se ha filiado aún pero parece interesante no asociar determinados biológicos que puedan favorecer la progresión a formas malignas.

### P19. PENFIGOIDE AMPOLLOSO Y PSORIASIS VULGAR: ¿UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE?

M.D. Pegalajar García, D. Moyano Bueno, A. Gil Villalba, M.Z. Lloret, M. Rodríguez Troncoso y R. Ruiz Villaverde

*Dermatología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.*

Presentamos el caso de una paciente mujer de 81 años sin antecedentes relevantes de interés con psoriasis de 4 años de evolución, controlada con terapia tópica. Consultaba por aparición de ampollas de 15 días de evolución en tronco y miembros inferiores, con prurito intenso. A la exploración presentaba pápulas y placas eritematodescamativas excoriadas en tronco, zona lumbosacra y miembros con algunas ampollas tensas sobre las mismas. Negaba introducción de fármacos nuevos o infecciones previas al inicio del cuadro. Los exámenes complementarios con autoinmunidad incluyendo Ac antilaminina gamma-1 no mostraron hallazgos relevantes. El estudio histológico resultó compatible con penfigoide ampolloso (PA) sobre lesiones de psoriasis. Iniciamos tratamiento con solución de calcipotriol y betametasona, prednisona 30 mg/día vo, carbonato de calcio/ calcipotriol 600 mg/1000 UI diario e hidroxizina 25 mg/12 h, con desescalada del corticoide sistémico e introducción de metotrexato 7,5 mg y ácido fólico 5 mg semanales al mes del tratamiento. La paciente evolucionó favorablemente, con control de las lesiones a los dos meses de tratamiento. La asociación entre PA y psoriasis constituye un fenómeno ya comunicado desde 1929 en la literatura, si bien aún no son del todo conocidos los mecanismos etiopatogénicos que la producen. Una sospechada susceptibilidad genética y el viraje del perfil inmunológico de un predominio Th1 y Th17 de la psoriasis hacia Th2 del PA inducido por desencadenantes (infecciones, tratamientos del psoriasis, teoría de diseminación del epitopo) pretenden explicar esta relación. Las características de estos pacientes difieren de los que solo presentan PA: suelen ser hombres, más jóvenes, con psoriasis preexistente, que desarrollarían ampollas sobre lesiones de psoriasis o piel sana. El tratamiento puede resultar un reto, siendo la corticoterapia tópica y sistémica, y el metotrexato las opciones terapéuticas más comúnmente empleadas.

### P20. GUSELKUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE. DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN DOS HOSPITALES DE CASTILLA LA MANCHA

E.R. Martínez Lorenzo<sup>a</sup>, J. Martínez Mariscal<sup>b</sup>, M. Cotarelo Hernández<sup>a</sup>, M.V. Signes-Costa Smith<sup>a</sup>, N. Aranda Sánchez<sup>a</sup>, C. Romera de Blas<sup>a</sup>, B.A. Gómez Dorado<sup>a</sup>, S. Plata Clemente<sup>a</sup>, E. de Eusebio Murillo<sup>b</sup> y C. Pérez Hortet<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Toledo. Toledo. <sup>b</sup>Hospital General Universitario. Guadalajara. España.*

Guselkumab, anticuerpo monoclonal indicado para el tratamiento de psoriasis en placa moderada grave y artritis psoriásica. Nuestro objetivo es evaluar los datos de eficacia a corto, medio y largo plazo en los pacientes tratados con Guselkumab. Estudio observacional y retrospectivo de dos hospitales de Castilla La Mancha. Se recogen y analizan datos demográficos, características basales, comorbilidades, PASI y tratamientos previos. Para el análisis de los datos se usan el 2way ANOVA-Sidak's multiple comparison test y el test Log-rank (Mantel-Cox). Un total de 89 pacientes con una edad media 52,8 años e IMC medio 30,4. PASI basal medio 9, tiempo medio de evolución de la psoriasis de 20,4 años, 66% presentaban comorbilidades siendo la más frecuente la dislipemia (43%) y el 27% tenían antecedentes de artritis psoriásica. El tiempo medio de seguimiento de 103 semanas, el 85% había recibido tratamiento biológico previo, siendo el número medio de 1,9. En semana 16 el 88%, 59% y 35% de los pacientes alcanzaron un PASI  $\leq$  3, PASI  $\leq$  1 y PASI0, respectivamente y en semana 150 del 89%, 72% y 44%. No se observan diferencias de eficacia por tratamiento previo, peso ni por ser o no paciente superrespondedor (SR). Treinta de los 89 pacientes se consideraron SR (PASI < 1 entre las semanas 10-20 y mantenimiento de esta respuesta entre 48-70 semanas). Los años de exposición a fármacos biológicos, la edad y el peso elevado son factores estadísticamente significativos asociados a que no haya una superrespuesta. En cambio, el PASI basal mayor está asociado favorablemente a esta.

**Conclusiones.** En nuestra serie, guselkumab se encuentra en una tercera línea de tratamiento; esto junto con el PASI < 1 del 72% en semana 150 demuestra una buena eficacia y supervivencia del fármaco independientemente del tratamiento previo y tiempo de evolución de la enfermedad. Respecto a los superrespondedores, los años de exposición a fármacos biológicos, la edad y el peso elevado son factores no asociados a esta superrespuesta.

### P21. EN BUSCA DE LA PERFECCIÓN: BRODALUMAB Y LA META DEL PASI 100

J. Sáez Padilla, M. López-Pardo Rico, B. Chao Maseda, C. Cánovas Seva e I. Rodríguez Blanco

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (A Coruña). España.*

**Introducción y objetivos.** La comprensión del sistema inmune como factor crucial en la patogénesis de la psoriasis ha impulsado el desarrollo de moléculas biológicas como brodalumab, un inhibidor del receptor A de la IL-17 aprobado para psoriasis en placas moderada grave. Este estudio evalúa la efectividad y supervivencia a largo plazo de brodalumab en pacientes con psoriasis grave en la vida real en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo longitudinal en pacientes con psoriasis grave tratados con brodalumab tras fallo, en su mayoría, a otros biológicos. Se analizaron las características basales, la evolución del PASI, mantenimiento de PASI 90 y PASI 100 tras switch de otros tratamientos.

**Resultados.** Se incluyeron a 17 pacientes con una psoriasis en placa grave con un PASI basal medio de 17,2 y un BSA basal medio de 28%. Los pacientes incluidos presentaban una media de 3 factores de riesgo cardiovascular, y en su mayoría tenían obesidad (IMC medio 33). Habían realizado de media 2,7 tratamientos sistémicos clásicos y el 82% algún tratamiento biológico (anti-TNFs, anti IL 12/23, anti IL-17 y anti IL-23). La eficacia cutánea de brodalumab se evidenció con una reducción del PASI medio absoluto de 17,2 a 4,4; 0,75 y 0,9 en las semanas 4, 12 y 54 respectivamente. Se obtuvo una respuesta PASI 100 en el 50% de los casos en la semana 12 y en el 64% en la semana 54. Se alcanzó una respuesta PASI 90 en el 53% de los casos a las 12 semanas y en el 80% a las 54 semanas. No se reportó ningún efecto adverso asociado a brodalumab.

**Conclusiones.** En pacientes con psoriasis en placas grave provenientes de otros tratamientos biológicos (anti-TNFs, anti IL 12/23, anti IL-17 anti IL-23), múltiples factores de riesgo cardiovascular y obesidad, brodalumab demuestra ser un fármaco con alta tasa de respuesta y seguridad en práctica clínica real, logrando en un 64% de los pacientes un aclaramiento completo de las lesiones.

## P22. SUPERRESPONDADORES A RISANKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

I. Sánchez Gutiérrez, M. Loro Pérez, F.J. Rodríguez Cuadrado, J.L. Castaño Fernández, C.F. Caballero Linares, V. Ortiz Berciano, L. Fajardo Lucena, M. Pich-Aguilera Blasco, G. Roustán Gullón y M. Hospital Gil

*Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria con un gran impacto. Actualmente se ha descrito el concepto de paciente superrespondedor (SR) como paciente que tiene una respuesta especialmente favorable a los tratamientos biológicos. Sin embargo, aún no se conoce del todo qué es lo que hace que algunos pacientes sean SR y otros no.

**Objetivos.** Describir las características de la muestra de pacientes con psoriasis moderada-grave SR a risankizumab. Estudiar la posible asociación entre ser naïve y ser superrespondedor.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con psoriasis en placas moderada-grave que iniciaron risankizumab entre julio 2020 hasta febrero 2023, ambos inclusive. Basándonos en algunos artículos recientes se definió como paciente superrespondedor aquél con PASI = 0 en las semanas 12 y/o 24. Se incluyeron 27 pacientes que se clasificaron en SR o no-SR y se evaluaron sus características basales y si eran naïve o no-naïve. Para determinar si había diferencias en la distribución de estas variables en los dos grupos se realizó un test exacto de Fisher.

**Resultados.** Se observó un 55,5% (n = 15) de pacientes SR y un 45,5% (n = 12) de pacientes no-SR. Un 22,2% (n = 6) de los pacientes eran naïve, de los cuáles un 100% (n = 6) eran SR. Respecto a los pacientes no-naïve, estos formaban el 77,7% de la muestra (n = 21), y de ellos un 42,3% (n = 9) eran SR. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ser naïve y ser SR con una p-valor = 0,020 (< 0,05). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la obesidad, el sexo o el tiempo de evolución y ser SR o no-SR.

**Conclusiones.** Nuestro estudio demuestra una asociación estadísticamente significativa entre ser naïve y ser superrespondedor. No se observaron diferencias entre el grupo de SR y de no-SR en el resto de variables estudiadas. Sin embargo, se necesitan más estudios para poder confirmar estos hallazgos.

## P23. TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE CON TILDRAKIZUMAB: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

G. Suárez Mahugo, A. González Quesada, A.B. Felipe Robaina, P. Naranjo Álamo, E. Castro González e I. Castaño González

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). España.*

**Antecedentes y objetivos.** Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal anti-interleucina-23p19 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a terapia sistémica. El objetivo de este estudio es conocer su efectividad y seguridad en nuestro medio tras más de un año de seguimiento.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes del Hospital Doctor Negrín con diagnóstico de psoriasis de moderada a grave, quienes iniciaron tratamiento con tildrakizumab off-label. La administración se estableció sin dosis de carga y cada 12 semanas. Se incluyen los datos obtenidos en las semanas 12-16, 24-28, 52 y 72, según práctica clínica. El análisis estadístico se ha realizado con R-4.3.2.

**Resultados.** Se han recogido un total de 40 pacientes. El 58% son mujeres con una mediana de edad de 50,5 años (IQR 19,8) y peso 75,5 (IQR 16). La mediana de tiempo desde el diagnóstico es de 16 años (IQR 16,3) y un 77,5% presentan psoriasis en placas, mientras que un 15% padecen la forma palmoplantar y un 7,5%, la invertida. Presentan dislipemia el 25%, hipertensión arterial, 27,5%, diabetes, 17,5%, depresión-ansiedad, 22,5%, tabaquismo, 15% y solo hubo un caso de tuberculosis y otro de neoplasia. El 85% (34/40) ha recibido terapia biológica previa (media de 2 biológicos) y un 12,5% (5/40) padecen artritis psoriásica. El PASI basal era de 8,9 (SD 6,2). A la semana 28, el PASI descendió a 1,5 (SD 2,1), representando una reducción del PASI medio del 83,1%. El 90% y el 70% de los pacientes tratados alcanzaron PASI  $\leq$  3 y PASI  $\leq$  1, respectivamente. En la semana 28, el BSA medio descendió desde 10,4 (SD 14,2) hasta 1,8 (SD 2,1) y el DLQI medio de 6,9 (SD 4,2) a 0,8 (SD 1,3). La tasa de efectos adversos fue del 5% (2/40) y de entidad leve.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia coincide con la eficacia y seguridad de tildrakizumab demostrada en los ensayos clínicos y en estudios observacionales realizados en otros centros.

## P24. SUPERVIVENCIA DEL FÁRMACO TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS VULGAR: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J. Carrero Martín<sup>a</sup>, S. Martínez Fueyo<sup>b</sup>, E. Santos Trelles<sup>b</sup>, Á. Núñez Domínguez<sup>a</sup>, S. Reyes García<sup>a</sup>, M. López Pando<sup>a</sup>, I. de la Fuente Villaverde<sup>c</sup>, V. García Jiménez<sup>c</sup>, M.C. Rosado María<sup>c</sup>, J. Santos-Juanes Jiménez<sup>a</sup>, L. Palacios García<sup>a</sup> y C. Galache Osuna<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>UGC de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>b</sup>Área de Dermatología. Universidad de Oviedo. <sup>c</sup>UGC de Farmacia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). España.*

**Antecedentes y objetivos.** En la literatura actual existen pocos estudios en práctica clínica real para el uso de tildrakizumab. El objetivo es evaluar la supervivencia global del fármaco tildrakizumab en pacientes con psoriasis psoriasis vulgar.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo en práctica clínica real en un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave que recibieron tratamiento con tildrakizumab desde 1 de enero de 2021. La evaluación de la supervivencia se realizó mediante un análisis de supervivencia Kaplan Meier utilizando el paquete estadístico SPSS versión 27. El análisis uni y multivariante se realizó con el método de regresión de Cox. Se estudiaron los factores asociados a la persistencia del fármaco.

**Resultados.** En una cohorte de 72 pacientes la edad media al inicio del tratamiento fue de 48,9  $\pm$  14,9 años. Los hombres representaban el 48,6% del total. El 41,7% tenía obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>). El 62,5% de los pacientes presentaba antecedentes familiares de psoriasis. Respecto al resto de comorbilidades, el 18,1% tenía DM, el 22,2% HTA, el 54,2% DL, y el 33,3% artropatía psoriásica. El 98,6% de todos los pacientes había recibido tratamiento con otros biológicos previamente. La supervivencia global del tildrakizumab fue del 81% el primer año, 73% el segundo, y tercer año. La media de supervivencia del fármaco fue de 26,36 meses (Intervalo de confianza 95% (IC) = 23,03-29,70). Se encontraron diferencias en la supervivencia del fármaco en relación a la presencia de hipertensión arterial (log-rank test p < 0,001) y presencia de artritis (log-rank test p < 0,001). **Conclusiones.** las tasas de supervivencia del tildrakizumab obtenidas están en el rango alto de las series publicadas previamente.

## P25. MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE: RESULTADOS DEL PERIODO DE EXTENSIÓN ABIERTA DEL ENSAYO BE RADIANT

J.J. Pereyra Rodríguez<sup>a</sup>, B. Strober<sup>b</sup>, L. Puig<sup>c</sup>, A. Blauvelt<sup>d</sup>, D. Thaçi<sup>e</sup>, B. Elewski<sup>f</sup>, M. Wang<sup>g</sup>, V. Vanvoorden<sup>h</sup>, D. Deherder<sup>i</sup>, F. Staelens<sup>j</sup>, S. Wiegatz<sup>k</sup> y C. Paul<sup>k</sup>

<sup>a</sup>Dermatology Department. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. <sup>b</sup>Yale University. New Haven and Central Connecticut Dermatology Research. Cromwell (Connecticut). Estados Unidos. <sup>c</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España. <sup>d</sup>Oregon Medical Research Center. Portland (Oregon). Estados Unidos. <sup>e</sup>Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Lübeck (Schleswig-Holstein). Alemania. <sup>f</sup>Department of Dermatology. University Hospitals of Cleveland. Case Western Reserve University. Cleveland (Ohio). Estados Unidos. <sup>g</sup>UCB Pharma. Morrisville (North Carolina). Estados Unidos. <sup>h</sup>UCB Pharma. Bruselas (Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Bélgica. <sup>i</sup>UCB Pharma. Braine-l'Alleud (Brabant Wallon). Bélgica. <sup>j</sup>UCB Pharma. Monheim (Nordrhein-Westfalen). Alemania. <sup>k</sup>Toulouse University and CHU. Toulouse (Haute-Normandie). Francia.

**Objetivo.** Se presentan las respuestas clínicas alcanzadas hasta la semana (S) 96 de tratamiento con bimekizumab (BKZ) en el ensayo fase IIIb BE RADIANT. Se evalúa la eficacia de BKZ durante 144 semanas, mediante el aclaramiento completo/casi completo de las lesiones cutáneas utilizando el índice de gravedad y extensión de la psoriasis (PASI), y evaluándose también la seguridad a largo plazo del tratamiento con BKZ en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave.

**Método.** Los pacientes recibieron BKZ (320 mg cada 4 semanas [C4S] hasta la S16, después C4S o C8S) o secukinumab (SEC; 300 mg semanales hasta la S4, después C4S) hasta la S48 y, a continuación, BKZ (C4S o C8S; todos recibieron C8S desde la S64/siguiente visita programada). Las S48-144 (extensión abierta [OLE]) coincidieron con la pandemia de la COVID-19. Los datos de eficacia de las S48-144 se recogen de pacientes tratados con BKZ o SEC hasta la S48 que se incorporaron a la OLE y empezaron a recibir BKZ C4S o C8S. Se presentan los datos agrupados de seguridad de las S48-144 (incidencia/100 pacientes-año [p-a]) de los pacientes que reciben  $\geq 1$  dosis de BKZ en este periodo.

**Resultados.** Se incorporaron a la OLE 336/373 pacientes aleatorizados para recibir BKZ y 318/370 pacientes aleatorizados para recibir SEC. De estos, el 74,9% de BKZ frente al 52,8% de SEC (S48) y el 68,8% de BKZ/BKZ frente al 69,1% de SEC/BKZ (S144) alcanzaron una respuesta PASI 100; el 94,3% frente al 83,9% (S48) y el 89,8% frente al 87,0% (S144) lograron un PASI  $\leq 2$ . La tasa de acontecimientos adversos (AA) graves con BKZ en las S48-144 fue baja (5,4/100 p-a). Los AA más frecuentes fueron: nasofaringitis (8,4/100 p-a); candidiasis oral (7,1/100 p-a) e infección por coronavirus (5,1/100 p-a).

**Conclusiones.** La mejoría clínica alcanzada con BKZ se mantuvo hasta la S144; esta mejoría aumentó significativamente en los pacientes tratados inicialmente con SEC que cambiaron a BKZ (S48-144). Los AA fueron coherentes con el perfil de seguridad de BKZ.

## P26. ADMINISTRACIÓN A DEMANDA DE RISANKIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Segovia Rodríguez, B. Aranegui Arteaga, I. Vargas-Machuca Salido, M. Castillo Gutiérrez, R. Toledo Cañaveras y T. López Bernal

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid). España.

**Antecedentes.** Las nuevas dianas terapéuticas están propiciando un conocimiento más exhaustivo sobre la fisiopatología de la psoriasis.

**Material.** Revisión de historia clínica. Paciente varón de 33 años, con psoriasis en placas severa desde hacía años. Había recibido tratamientos previamente con feto-quirioterapia, ciclosporina, adalimumab y secukinumab (suspendidos ambos por fallo primario). Encontrándose en PASI 6,1 inició tratamiento con 150 mg de risankizumab, logrando una respuesta PASI 0 tras la primera dosis, que mantuvo durante los siguientes 6 meses. El paciente acudió a revisión pasados 8 meses de la única administración del fármaco, refiriendo que en los 2 últimos meses le habían comenzado a reaparecer nuevas lesiones localizadas (PASI 0,8). El paciente realizaba una actividad laboral que requería viajes frecuentes y prolongados, por lo que se acordó conjuntamente una nueva administración de risankizumab e ir dosificando las siguientes en función de la respuesta y su disponibilidad para acudir al hospital.

**Resultados.** Se observó una respuesta PASI 0 mantenida a una dosis única de risankizumab, tras dos fallos primarios previos. Risankizumab es un anticuerpo monoclonal con unión de alta afinidad por la subunidad p19 de la interleuquina-23. La optimización y la intensificación de su pauta no están aprobadas en ficha técnica. Sin embargo, el estudio IMMhance mostró unos resultados favorables de mantenimiento de respuesta PASI tras la suspensión de risankizumab. Se encuentra en marcha el estudio KNOCKOUT, para comprobar el efecto sobre las células T de memoria, en la semana 100, de una superinducción de risankizumab a dos dosis (300 y 600 mg). **Conclusiones.** Presentamos el caso de un paciente que obtuvo una respuesta excelente a una dosis única de risankizumab 150 mg, que permitió una dosificación a demanda. Será interesante conocer los resultados sobre la posible modificación de la enfermedad que risankizumab es capaz de producir tras una superinducción.

## P27. TRATAMIENTO CON ANTI-IL23 EN PACIENTE CON PSORIASIS E INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

N. Segurado Tostón, A.M. González Pérez, E. Godoy Gijón, A. Romo Melgar y M.T. Bordel Gómez

Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.

**Introducción.** La asociación de psoriasis e infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) provoca en ocasiones formas de psoriasis más extensas o con difícil manejo, exacerbaciones frecuentes y con menor respuesta a los tratamientos habituales. Existe poca evidencia en el momento actual en torno al tratamiento biológico con fármacos anti-IL17 y anti-IL23 en pacientes con infección por VIH y psoriasis que no responden a los tratamientos sistémicos habituales de primera línea. El potencial riesgo de efectos adversos con fármacos biológicos provoca que a estos pacientes se les excluya de los ensayos clínicos para su desarrollo.

**Caso clínico.** Mujer de 60 años de edad con placas de psoriasis de largo tiempo de evolución con descamación y prurito intenso, fundamentalmente en cuero cabelludo. Antecedente de infección por VIH en estadio C3, hepatitis C (VHC) tratada con remisión completa, tuberculosis pulmonar en 1990, hábito tabáquico de 15 cigarrillos al día, meningitis criptocócica en 1996 y toxoplasmosis ocular en 1997. A la exploración se objetivan placas tamaño considerable en pectoral derecho, glúteo, ingles, genitales, inframamarias y codos con afectación completa de cuero cabelludo. PASI en torno a 14 con BSA del 12%. Ante contraindicación de fármacos sistémicos clásicos y fallo secundario a spremlast, se decide inicio de guselkumab en conjunto con el servicio de Enfermedades Infecciosas según dosis en ficha técnica. Con la segunda dosis se objetiva remisión completa total con una mejoría muy importante en la calidad de vida de la paciente y sin haber presentado ningún efecto adverso hasta el momento.

**Conclusión.** Se presenta el caso de una paciente VIH+ en tratamiento con anti-IL23 con respuesta completa, incluidas localiza-

ciones especiales, y sin ningún efecto adverso hasta el momento durante 1 año de seguimiento. Se añade evidencia de seguridad y eficacia para este perfil específico de pacientes.

## P28. GUSELKUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACAS. EXPERIENCIA A 3 AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C.F. Caballero Linares, V. Ortiz Berciano, M. Loro Pérez, F.J. Rodríguez Cuadrado, I. Sánchez Gutiérrez, J.L. Castaño Fernández, L. Fajardo Lucena, M. Pich-Aguilera Blasco, G. Roustán Gullón y M. Hospital Gil

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

**Antecedentes y objetivos.** Guselkumab, aprobado para la psoriasis en placas de moderada a grave en España, es un anticuerpo monoclonal anti IL-23. Presentamos el resultado de 56 pacientes tratados con este fármaco en seguimiento durante 3 años, evaluando el perfil, la eficacia, la optimización y la persistencia al tratamiento. **Material y métodos.** Estudio observacional longitudinal con 56 pacientes tratados con guselkumab con una media de seguimiento de 84 semanas. Se analizan las características basales, la gravedad, las comorbilidades, los tratamientos previos, la eficacia y la persistencia. Se evalúa la eficacia mediante evolución del Psoriasis Area Severity Index (PASI) y la supervivencia con una curva de Kaplan Meier, y se realiza un análisis del mantenimiento de respuesta en relación con la optimización del fármaco (paciente que alcanza PASI<1 en 36 semanas de tratamiento).

**Resultados.** El 64% tenía tratamiento sistémico previo; el 92% de estos había recibido tratamiento biológico, principalmente adalimumab (29%). Guselkumab logró un PASI ≤ 1 en el 57% en las semanas 11-20, y 62% en las semanas 101-130. Solo el 3% presentó PASI ≥ 4 en las semanas 101-150. Al año, el 96,2% mantuvo el fármaco. La frecuencia de administración fue de 9,9 semanas en el primer año, reduciéndose un 24% respecto ficha técnica (cada 8 semanas). En el segundo y tercer año, fue de 11,1 y 13,3 semanas, con una reducción del 39% y 66% respectivamente, sin pérdida de eficacia. No hubo diferencias relacionadas con la bioexperiencia o líneas de tratamiento previo.

**Conclusiones.** Guselkumab demostró efectividad a largo plazo en la reducción del PASI, tanto en primera línea como de rescate. La eficacia y la persistencia no se vieron afectadas por tratamientos previos, así como la optimización. Se sugiere una posible relación entre tratamientos previos y optimización, respaldando la teoría de modificación de la enfermedad en pacientes menos bioexperimentados.

## P29. EVALUACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DE DOSIS DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

E. García Martín<sup>a</sup>, R. Romero Jiménez<sup>b</sup>, O. Baniandrés Rodríguez<sup>c</sup> y M. Sanjurjo Sáez<sup>b</sup>

*Servicio de Farmacia. <sup>a</sup>Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid). <sup>b</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La modificación de dosis se suele realizar en la práctica clínica, mediante reducción o intensificación. El objetivo es estudiar las modificaciones de dosis empleadas en la práctica clínica y establecer asociaciones con otros factores clínicos.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal de pacientes en tratamiento con terapias biológicas (TB) para

psoriasis moderada-grave hasta el 31/03/2020. Se empleó la base de datos REDCap. Análisis estadístico con Stata v14.2.  $p < 0,05$  estadísticamente significativo.

**Resultados.** Se incluyeron 236 pacientes y se analizaron 483 TB. El 54,0% de los tratamientos con anti-TNF sufrieron alguna modificación de dosis: 40,2% espaciamiento en el tiempo (ET), 12,6% redujeron el intervalo terapéutico (RIT), 6,9% intensificaron dosis (ID) y 3,5% redujeron dosis (RD). El 67,9% de los tratamientos con anti IL-12/23 modificaron la posología: 45,7% ET, 35,6% ID y 14,8% RIT. De los pacientes con anti IL-17, el 35,4% modificaron el tratamiento: 31,3% ET, 8,3% RD y 2,1% RIT. El 11,9% de los inhibidores de PDE4 y el 5,6% de anti IL-23 sufrieron alguna modificación de dosis, ET en ambos. Se asociaron las modificaciones de dosis con mayor supervivencia de las TB y PASI 75, 90 o 100. El ET se relacionó con menor PASI, pacientes naïve y antecedentes familiares. Las intensificaciones aparecieron en pacientes con TB previa, tratamiento sistémico concomitante, mayor peso/IMC y PASI.

**Conclusiones.** Las modificaciones de dosis se dieron en el 67,9% de los tratamientos con anti IL-12/23, 54,0% anti-TNF, 35,4% anti IL-17, 11,9% inhibidores de PDE4 y 5,6% de anti IL-23. Se asociaron con la supervivencia y PASI inferior para reducciones y superior en intensificaciones. Pacientes naïve tendían a reducciones de dosis. Anti IL-23 no mostró asociaciones dada la limitación de pacientes incluidos en el estudio para este tratamiento. Algunas modificaciones de dosis de tipo intensificación de anti-TNF actualmente no se realizan.

## P30. MANTENIMIENTO DE LA RESPUESTA DURANTE 3 AÑOS DE TRATAMIENTO CON BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE RESPONDEDORES EN LA SEMANA 16: RESULTADOS DE CINCO ENSAYOS FASE III/IIIB

J.L. López Estebanz<sup>a</sup>, D. Taçı<sup>b</sup>, A. Armstrong<sup>c</sup>, K.B. Gordon<sup>d</sup>, A. Blauvelt<sup>e</sup>, C. Paul<sup>f</sup>, W.H. Boehncke<sup>g</sup>, M. Wang<sup>h</sup>, B. Szilagy<sup>i</sup>, Bengt Hoepken<sup>j</sup>, J. Lambert<sup>k</sup> y M. Lebwohl<sup>k</sup>

*<sup>a</sup>Dermatology Department. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España. <sup>b</sup>Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Lübeck (Schleswig-Holstein). Alemania. <sup>c</sup>Dermatology. Keck School of Medicine of USC. Los Ángeles (California). Estados Unidos. <sup>d</sup>Department of Dermatology. Medical College of Wisconsin. Milwaukee (Wisconsin). Estados Unidos. <sup>e</sup>Oregon Medical Research Center. Portland (Oregon). Estados Unidos. <sup>f</sup>Toulouse University and CHU. Toulouse (Haute-Normandie). Francia. <sup>g</sup>Division of Dermatology and Venereology. Department of Medicine. Geneva University Hospitals. and Department of Pathology and Immunology. Faculty of Medicine. University of Geneva. Geneva. Suiza. <sup>h</sup>UCB Pharma. Morrisville (North Carolina). Estados Unidos. <sup>i</sup>UCB Pharma. Monheim (Nordrhein-Westfalen). Alemania. <sup>j</sup>UCB Pharma. Colombes (Ile-de-France). Francia. <sup>k</sup>Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. Estados Unidos.*

**Objetivo.** Se presenta el mantenimiento de la respuesta durante 3 años de tratamiento con bimekizumab (BKZ) en pacientes con psoriasis que lograron altos niveles de aclaramiento en la semana (S)16.

**Método.** Se presentan los resultados agrupados de los ensayos fase III BE VIVID, BE READY y BE SURE, su extensión abierta (OLE), BE BRIGHT y el ensayo fase IIIb BE RADIANT (incluida su OLE de 96 semanas). Los pacientes se aleatorizaron para recibir BKZ 320 mg cada 4 semanas (C4S) hasta la S16 y, a continuación, BKZ C4S o C8S cuando se incorporaron a la OLE. Todos los pacientes se reasignaron para recibir BKZ C8S en el tercer año de tratamiento. Se presenta el mantenimiento de la respuesta PASI 90, PASI 100 y la evaluación

global del investigador (IGA) 0/1 a lo largo de 3 años en pacientes que alcanzaron PASI 90, PASI 100 e IGA 0/1, respectivamente, en la S16. También se presentan datos del subgrupo de pacientes que recibió BKZ C4S/C8S/C8S.

**Resultados.** En la S16, el 86,9%, el 62,4% y el 86,9% de los pacientes alcanzaron PASI 90, PASI 100 e IGA 0/1, respectivamente. De los pacientes que alcanzaron PASI 90 en la S16, el 96,0% mantuvo un PASI 90 en el año 1, el 93,9% en el año 2 y el 92,4% en el año 3. De los pacientes que alcanzaron PASI 100 en la S16, el 88,7% mantuvo un PASI 100 en el año 1, el 83,4% en el año 2 y el 78,0% en el año 3. De los pacientes que alcanzaron IGA 0/1 en la S16, el 95,8% mantuvo IGA 0/1 en el año 1, el 93,6% en el año 2 y el 91,7% en el año 3. Se observaron similares altas tasas de respuesta en la S16 en los pacientes tratados con BKZ C4S/C8S/C8S.

**Conclusiones.** La gran mayoría de los pacientes que lograron el control de la enfermedad a las 16 semanas de tratamiento con BKZ 320 mg C4S mantuvieron estas altas tasas de respuesta durante los 3 años de tratamiento. Las altas tasas de respuesta también se mantuvieron en los pacientes que recibieron BKZ C4S/C8S/C8S.

### P31. EFICACIA DE BIMEKIZUMAB DURANTE 3 AÑOS EN LOCALIZACIONES ESPECIALES EN PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE: RESULTADOS AGRUPADOS DE CINCO ENSAYOS FASE III/IIIB

J.A. Suárez Pérez<sup>a</sup>, J.F. Merola<sup>b</sup>, C. Conrad<sup>c</sup>, P. Hampton<sup>d</sup>, J. Lambert<sup>e</sup>, A.B. Gottlieb<sup>f</sup>, N. Tilt<sup>g</sup>, N. Cross<sup>h</sup>, S. Wiegratz<sup>i</sup> y M. Gooderham<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Dermatology Department. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España. <sup>b</sup>Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston (Massachusetts). Estados Unidos. <sup>c</sup>Department of Dermatology. University Hospital Lausanne. Lausana (Vaud). Suiza. <sup>d</sup>Department of Dermatology. The Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust. Newcastle upon Tyne. Reino Unido. <sup>e</sup>Ghent University Hospital Ziekenhuis Gent. Ghent (Oost-Vlaanderen). Bélgica. <sup>f</sup>Department of Dermatology. Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York. Estados Unidos. <sup>g</sup>UCB Pharma. Slough. Reino Unido. <sup>h</sup>UCB Pharma. Morrisville (North Carolina). Estados Unidos. <sup>i</sup>UCB Pharma. Monheim (Nordrhein-Westfalen). Alemania. <sup>j</sup>SKiN Centre for Dermatology. Probitry Medical Research. Peterborough. Ontario. Canada. and Queen's University. Kingston (Ontario). Canadá.

**Objetivo.** Se presentan los resultados de pacientes con psoriasis y afectación del cuero cabelludo, psoriasis palmoplantar (PP) y psoriasis ungueal tratados con bimekizumab (BKZ) durante 3 años.

**Método.** Se agruparon los resultados de los ensayos fase III BE VID, BE READY y BE SURE, su periodo de extensión abierta (OLE), BE BRIGHT y el ensayo fase IIIb BE RADIANT (más su OLE de 96 semanas [S]). Los pacientes recibieron BKZ 320 mg cada 4 semanas (C4S) hasta la S16 y, a continuación, BKZ C4S o C8S (BKZ total) y un subconjunto que recibió BKZ C4S/C8S/C8S. Todos los pacientes recibieron BKZ C8S en el tercer año de tratamiento. Se presentan los resultados de pacientes con psoriasis en localizaciones especiales, utilizando la evaluación global del investigador (IGA) para el cuero cabelludo y la zona PP (puntuación  $\geq 3$  de 4) y el índice de gravedad de la psoriasis ungueal modificado (mNAPSI; puntuación  $> 10$  de 13), que lograron una desaparición completa de la psoriasis en estas localizaciones (puntuación de 0) a lo largo de 3 años.

**Resultados.** En pacientes con IGA del cuero cabelludo  $\geq 3$  (BKZ total), el 88,0% alcanzó IGA del cuero cabelludo 0 en el año 1, el 85,8% en el año 2 y el 83,7% en el año 3. De los pacientes con IGA PP  $\geq 3$ , el 90,6% alcanzó IGA PP 0 en el año 1, el 90,0% en el año 2 y el 91,6% en el año 3. De los pacientes con mNAPSI  $> 10$ , el 64,4%

alcanzó mNAPSI 0 en el año 1, el 68,7% en el año 2 y el 69,5% en el año 3. Estas altas tasas de respuesta fueron similares en pacientes que recibieron BKZ C4S/C8S/C8S.

**Conclusiones.** La gran mayoría de los pacientes tratados con BKZ alcanzaron y mantuvieron un aclaramiento completo de la psoriasis del cuero cabelludo y PP a los 3 años. La mayoría de los pacientes lograron una desaparición completa de la psoriasis ungueal, con tasas de respuesta que continuaron aumentando del año 1 al año 3. Estas altas tasas de aclaramiento completo en localizaciones especiales fueron similares entre los grupos de BKZ total y C4S/C8S/C8S.

### P32. RESPUESTAS ALCANZADAS DURANTE 3 AÑOS DE TRATAMIENTO CON BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS CUYO TRATAMIENTO FUE SUSPENDIDO Y POSTERIORMENTE REINICIADO

M. Ferrán Farres<sup>a</sup>, A. Costanzo<sup>b</sup>, K. Papp<sup>c</sup>, C.E.M. Griffiths<sup>d</sup>, D. Rosmarin<sup>e</sup>, L. Puig<sup>f</sup>, G. Han<sup>g</sup>, N. Tilt<sup>h</sup>, K. Wixted<sup>i</sup>, B. Szilagyi<sup>j</sup>, J. Lambert<sup>k</sup> y A. Blauvelt<sup>l</sup>

<sup>a</sup>Dermatology Department. Hospital del Mar. Barcelona. España. <sup>b</sup>Dermatology. Humanitas Clinical and Research Centre. IRCCS. Rozzano. Milán (Italy (General)). Italia. <sup>c</sup>Probitry Medical Research and Alliance Clinical Trials. Waterloo. Ontario. University of Toronto. Toronto (Ontario). Canadá. <sup>d</sup>University of Manchester. Manchester. King's College London. London (London. City of). Reino Unido. <sup>e</sup>Indiana University School of Medicine. Indianapolis (Indiana). Estados Unidos. <sup>f</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España. <sup>g</sup>Department of Dermatology. Mount Sinai Medical Center. New York. Estados Unidos. <sup>h</sup>UCB Pharma. Slough. Reino Unido. <sup>i</sup>UCB Pharma. Morrisville (North Carolina). Estados Unidos. <sup>j</sup>UCB Pharma. Monheim (Nordrhein-Westfalen). Alemania. <sup>k</sup>UCB Pharma. Colombes (Ile-de-France). Francia. <sup>l</sup>Oregon Medical Research Center. Portland (Oregon). Estados Unidos.

**Objetivo.** Se presenta la respuesta alcanzada durante 3 años de tratamiento con bimekizumab (BKZ) en 2 grupos de pacientes del estudio BE READY y su extensión abierta (OLE), BE BRIGHT, cuyo tratamiento con BKZ se suspendió y posteriormente fue reiniciado.

**Método.** Los pacientes se aleatorizaron inicialmente para recibir BKZ 320 mg cada 4 semanas (C4S; S), aquellos que alcanzaron PASI 90 en la S16, se volvieron a aleatorizar para recibir placebo (PBO) durante el periodo de retirada aleatorizada (RA) de 40 semanas y, a continuación, se incorporaron a la OLE. Los pacientes que mantuvieron una mejora de  $\geq 75\%$  con respecto a los valores de referencia del índice de gravedad y extensión de la psoriasis (PASI 75) durante el periodo de RA continuaron con el PBO hasta la S56 y luego se incorporaron a la OLE. Los pacientes de PBO que recayeron se incorporaron al brazo de escape de 12 semanas y recibieron tratamiento de nuevo con BKZ C4S. Aquellos que lograron PASI 50 después de 12 semanas se incorporaron a la OLE y recibieron BKZ C4S o C8S conforme a la respuesta PASI 90 en la S12 de escape. Se presentan las tasas de respuesta PASI 90/100 en la S96 de la OLE.

**Resultados.** En la S16, 105 pacientes que alcanzaron PASI 90 se volvieron a aleatorizar a PBO; el 31,4% continuó con PBO durante 40 semanas sin recaída en la incorporación a la OLE. El 51,5% mantuvo PASI 90 y el 33,3% alcanzó PASI 100 en la S56. Las respuestas mejoraron tras el reinicio del tratamiento con BKZ: en la S48 de la OLE, el PASI 90 y 100 se alcanzó en un 96,9% y un 96,4%, respectivamente; más tarde, en la S96 de la OLE, en un 81,3% y un 85,7%.

**Conclusiones.** Después de 16 semanas de BKZ C4S, un tercio de los pacientes no recayó mientras recibía PBO durante 40 semanas. En ambos grupos, las altas tasas de respuesta se mantuvieron durante 2 años tras la vuelta al tratamiento con BKZ, lo que indica que la suspensión y el reinicio de BKZ no afectaron al control de la enfermedad a largo plazo.

### P33. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA INHIBICIÓN DUAL Y SELECTIVA DE LAS INTERLEUQUINAS 17A Y 17F CON BIMEKIZUMAB EN EL TRANSCRIPTOMA DE LA PSORIASIS

P. Coto Segura<sup>a</sup>, I. Cutcutache<sup>b</sup>, H. Edwards<sup>b</sup>, S. Garcet<sup>c</sup>, J. Krueger<sup>c</sup>, M. Page<sup>b</sup> y S. Shaw<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermatology Department. Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres (Asturias). España.* <sup>b</sup>*UCB Pharma, Slough. Reino Unido.* <sup>c</sup>*The Rockefeller University. New York. Estados Unidos.*

**Objetivo.** La inhibición dual y selectiva de las interleuquinas (IL)-17A y -17F con bimekizumab (BKZ) en pacientes con psoriasis en placas moderada-grave permite un mayor aclaramiento completo de las lesiones cutáneas que la inhibición de la IL-17A sola.

**Método.** Cuarenta y nueve pacientes con psoriasis en placas moderada-grave recibieron BKZ 320 mg en las semanas 0/4 y, a continuación, BKZ 320 mg o placebo en la semana (S) 16. Las biopsias cutáneas se realizaron en las S0/8 (piel con lesiones y sin lesiones) y las S16/28 (solo piel con lesiones). Además, se obtuvieron biopsias de piel normal de 10 individuos sanos. Se realizó la secuenciación del ARN en todas las muestras.

**Resultados.** El transcriptoma de la psoriasis a través de la secuenciación del ARN está muy relacionado con los resultados de un estudio de micromatrices previo de las mismas muestras de pacientes, pero permitió una mayor resolución. Después de tan solo dos dosis de BKZ, la firma transcripcional de la S8 observada en la piel psoriásica con lesiones se normalizó rápidamente a niveles comparables con los de la piel sin lesiones. La expresión de los genes claves implicados en los bucles de amplificación de las citocinas que desencadenan la psoriasis, incluidas las citocinas anteriores (IL17A, IL17F, y IL23A y IL12B) y citocinas de prealimentación (IL17C, IL36A y IL36G), se normalizaron después del tratamiento con BKZ. Además, los efectores posteriores como el S100A7, un sello distintivo de la psoriasis latente en la piel sin lesiones, se normalizaron más allá de los niveles de expresión sin lesiones hacia los observados en la piel de control de individuos sanos.

**Conclusiones.** La inhibición dual y selectiva de la IL-17F además de la IL-17A dio lugar a una rápida normalización del transcriptoma psoriásico, incluidas las citocinas anteriores como la IL-23, y a la destrucción de los bucles de amplificación anteriores debido a la influencia en la IL-36 y la IL-17C.

### P34. CASO DE SUPERPOSICIÓN PSORIASIS-ECCEMA CON RESPUESTA A DUPILUMAB

J. Naharro Rodríguez, C. Pindado Ortega, M. Fernández Guarino, R.M. Domínguez López, F.J. Pérez Bootello, M. González Ramos, L.A. Pérez González y M.A. Ballester Martínez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Caso clínico.** Una mujer de 55 años con psoriasis de 10 años de evolución consultó por nuevo brote refractario a metotrexato, adalimumab, infliximab y ciclosporina. La exploración física mostró placas eritematosas bien delimitadas, descamativas, exudativas, impetiginizadas y dolorosas a la palpación, distribuidas por cuero cabelludo y ambos pabellones auriculares, extendiéndose hasta región cervical. El estudio histopatológico mostró hiperplasia epidérmica con elongación de las crestas y espongirosis con neutrófilos y eosinófilos. Se planteó el diagnóstico de superposición psoriasis-eccema iniciándose dupilumab 300 mg cada dos semanas alcanzando respuesta casi total en la revisión a las 8 semanas.

**Discusión.** Se han descrito múltiples casos de solapamiento entre psoriasis y dermatitis. A nivel clínico son especialmente desafiantes los casos de placas numulares, impetiginizadas (como en nuestra paciente), en tratamiento parcial o en pacientes eritrodérmicos. A nivel histológico, la espongirosis y los eosinófilos (presentes en nuestro caso y clásicamente asociados a eccema) se ven en la mitad de los casos

de psoriasis según algunas series. Nuestra paciente fue refractaria a fármacos indicados en psoriasis (infliximab, adalimumab) y fármacos indicados en psoriasis y en dermatitis (ciclosporina, metotrexato), por ahora, no hay consenso sobre el abordaje terapéutico de los pacientes con superposición psoriasis-eccema. En esta línea, Guttman-Yassky et al. reportaron una regulación a la baja de dupilumab en la expresión de moléculas relacionadas con las vías inflamatorias Th17 y Th22 que podría explicar en parte la eficacia obtenida en nuestro caso, sin embargo, nuestra hipótesis es que ésta se relaciona con el ambiente inflamatorio específico de superposición que probablemente presentaba nuestra paciente y no debemos esperar igual eficacia en psoriasis aislada. Se necesita más evidencia para la correcta filiación y consenso para el abordaje de este desafiante grupo de pacientes.

### P35. ESPACIAMIENTO DE DOSIS EN PACIENTES CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE INTERLEUQUINA 23: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 29 PACIENTES

D. de la Vega Ruiz, M. Menéndez Sánchez, G.G. Dradi, J.S. Griffiths Acha, D.P. Ruiz Genao y J.L. López Estebanz

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). España.*

**Antecedentes y objetivos.** El espaciamiento de dosis en fármacos biológicos (en inglés: “dose tapering”) se emplea en pacientes con artritis reumatoide con actividad controlada o en remisión. Si hablamos de psoriasis, la mayoría de estudios se han realizado con fármacos anti TNF y con inhibidores de interleuquina (IL) 12/23. Sin embargo, los inhibidores de IL-17 e IL-23 están aún por explorar. Los objetivos de nuestro estudio son describir las características demográficas y clínicas y conocer la evolución de aquellos pacientes bajo tratamiento con inhibidores de IL-23 en los cuales se ha realizado un espaciamiento de dosis.

**Materiales y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo a partir del registro de pacientes en tratamiento con inhibidores de IL-23 en nuestro centro, con un total de 94 pacientes, de los cuales, 10 recibían tratamiento con tildrakizumab, 28 con risankizumab y 56 con guselkumab. Entre los criterios de inclusión se encontraban todos aquellos pacientes con espaciamiento de dosis en la práctica clínica real y con al menos 2 visitas de control tras espaciamiento. Por otro lado, los criterios de exclusión incluían a aquellos pacientes que habían interrumpido el biológico en cuestión y el empleo de fármacos inmunosupresores clásicos concomitantes. Se analizará el sexo, la edad, el índice de masa corporal, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, el fenotipo de psoriasis, los tratamientos (sistémicos clásicos y biológicos) previos realizados, el índice de severidad del área de psoriasis (PASI) basal, el tiempo desde el inicio hasta el espaciamiento, la pauta de espaciamiento empleada y la evolución del PASI tras espaciamiento.

**Conclusiones.** El espaciamiento de dosis en pacientes psoriásicos con excelente respuesta y mantenimiento tras inicio de tratamiento biológico es una estrategia que permite reducir costes, cantidad de fármaco administrado y número visitas al especialista, manteniendo tasas de efectividad óptimas.

### P36. EL PAPEL DE LA ONICOPATÍA PSORIÁSICA Y LOS ÍNDICES DEL HEMOGRAMA COMO POTENCIALES MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON PSORIASIS

M. Sánchez Díaz<sup>a</sup>, A. Martínez López<sup>a</sup>, M. Sánchez Díaz<sup>b</sup>, L. Salvador Rodríguez<sup>a</sup>, A. Molina Leyva<sup>a</sup> y S. Arias Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.* <sup>b</sup>*Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Existe evidencia acerca del riesgo cardiovascular incrementado en pacientes con psoriasis. Este riesgo puede evaluarse mediante técnicas no invasivas como el grosor íntima-media carotídeo (GIM) o la velocidad de la onda de pulso (VOP). La medida de índices de hemograma, como el Systemic Immune Inflammation Index (SIII) es otra medida con potencial para dicho motivo. El objetivo de este estudio fue explorar qué factores clínicos y de índices de hemograma se asocian a un mayor riesgo cardiovascular medido mediante el GIM y la VOP.

**Métodos.** Estudio transversal en pacientes con psoriasis candidatos a tratamiento sistémico. Se midieron el GIM carotídeo y la VOP como marcadores de riesgo cardiovascular, así como índices de hemograma como el SIII. Se recogieron datos clínicos y de actividad de la enfermedad antes del inicio de los tratamientos sistémicos.

**Resultados.** Se incluyeron 34 pacientes con psoriasis, con una edad media de 47,6 años y una proporción hombre:mujer de 1,62. El índice PASI medio fue de 9,68 y el 29% de los pacientes cumplían criterios de síndrome metabólico. El sexo masculino ( $p < 0,01$ ), la afectación ungueal ( $p = 0,01$ ), la mayor edad ( $p = 0,07$ ) y un mayor SIII ( $p = 0,07$ ) se asociaron a una mayor carga de aterosclerosis subclínica (GIM). Por otro lado, la mayor edad, la presión arterial más elevada, el mayor consumo de tabaco, la afectación ungueal ( $p < 0,01$ ), así como un mayor índice de masa corporal y un menor SIII ( $p = 0,08$ ) se asociaron a una mayor rigidez arterial (VOP).

**Conclusiones.** La psoriasis ungueal, así como el índice de hemograma SII parecen ser marcadores de pacientes de psoriasis con mayor riesgo cardiovascular fácilmente detectables y medibles en la consulta de dermatología.

### P37. TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON NEOPLASIA MALIGNA ACTIVA: CUANDO LA SEGURIDAD ES LO PRIMERO

J. Román Sainz, N. Silvestre Torner, C. Axpe Gil, F. Gruber Velasco, B. Romero Jiménez, M.J. Barros Eyzaguirre, S.S. Tabbara Carrascosa, M. Dorado Fernández, K. Magaletskyy Kharachko, M. Martínez Pérez, E. Vargas Laguna y A. Imberón Moya

*Dermatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.*

Un tema de incertidumbre en el ámbito de los fármacos biológicos es su seguridad en pacientes con neoplasia maligna activa, dado su efecto sobre la inmunidad, que teóricamente podría interferir con los mecanismos de regulación tumoral. Se trata además de un tema sobre el que existen actualmente pocos datos. Presentamos nuestra experiencia con 3 pacientes en tratamiento con tildrakizumab, con neoplasia maligna activa en el momento de iniciar el tratamiento biológico.

**Caso 1.** Varón de 63 años ya en seguimiento por psoriasis en placas de años de evolución, sin artropatía ni afectación de localizaciones especiales. Había sido tratado previamente con adalimumab y secukinumab, con pérdida de la respuesta. Durante este periodo es además diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón. Inicialmente presentaba PASI 13, BSA 15 y DLQI 0. A la semana 16 PASI 10 y BSA 5; y PASI 7 y BSA 4 en el semana 52. Durante este periodo fue tratado mediante lobectomía, encontrándose en remisión completa en el momento actual.

**Caso 2.** Varón de 71 años afecto de cáncer de colon. Presenta psoriasis en placas sin afectación de localizaciones especiales ni artritis psoriásica, habiendo sido tratado con etanercept hacía años pero sin tratamiento sistémico en ese momento. Inicialmente PASI 10, BSA 8 y DLQI 1. En la semana 16 PASI 10, BSA 8, DLQI 0. En la semana 52 PASI 1, BSA 1 y DLQI 0. Durante este periodo ha sido tratado con hemicolectomía y está actualmente en tratamiento quimioterápico, en remisión completa.

**Caso 3.** Varón de 77 años con diagnóstico de psoriasis con afectación de pliegues y cuero cabelludo, naïve para tratamiento sistémico.

Presenta además carcinoma invasivo de vejiga en tratamiento por urología. Inicialmente PASI 11, BSA 7 y DLQI 0. A la semana 16 PASI 1, BSA 1 y DLQI 0; manteniendo cifras a las 52 semanas. El paciente ha sido tratado mediante instilaciones vesicales, sin recidivas tumorales. El tildrakizumab es un fármaco seguro en neoplasia activa, si bien se precisan más datos.

### P38. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TILDRAKIZUMAB EN DOS HOSPITALES DE NAVARRA

C. Miguel Miguel<sup>a</sup>, R.F. Lafuente Urrez<sup>b</sup>, M. Fernández Parrado<sup>a</sup>, I. Ibarrola Hermoso de Mendoza<sup>a</sup>, P. Rodríguez Jiménez<sup>a</sup>, M. Larrea García<sup>a</sup>, M.J. Mitxelena Ezeiza<sup>a</sup> y J.I. Yanguas Bayona<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra). <sup>b</sup>Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). España.*

**Antecedentes y objetivo.** Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal contra IL-23. El protocolo actual de tratamientos biológicos en psoriasis de la Comunidad Foral de Navarra establece el uso de un fármaco anti-TNF biosimilar de inicio, y posteriormente se puede utilizar un fármaco anti-IL-17 o IL-23 si se precisa, a criterio del médico prescriptor según el perfil del paciente. Nuestro objetivo es describir los pacientes en tratamiento con Tildrakizumab en dos hospitales de la comunidad.

**Material y método.** Estudio observacional retrospectivo que incluye a 20 pacientes con psoriasis que han iniciado tratamiento con tildrakizumab desde su aprobación en dos hospitales. La mediana de seguimiento es de 11 meses (RIC:8,3 a 12,8).

**Resultado.** La mediana de edad fue de 53,5 años (RIC:46,3 a 60,3), con una ratio hombre/mujer de 1/1. El índice de masa corporal medio fue de 25,3 ( $DS \pm 3,6$ ). Solo el 8,3% presentaba artritis psoriásica; y el 58,3% presentaban comorbilidad con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes o dislipemia). El 100% habían recibido tratamiento sistémico convencional; y el 65% habían realizado tratamiento con un fármaco biológico. Ningún paciente había recibido dos o más biológicos previos. El PASI medio en la semana 0 fue de 6,8 ( $DS \pm 5,2$ ). A la semana 24, la mediana del PASI fue de 1 (RIC:0 a 2,5). Los pacientes que han alcanzado la semana 52 mantienen la mejoría conseguida en la semana 24. Un paciente presentó diarrea como posible efecto adverso, que en el momento actual no ha requerido suspensión del fármaco; y un paciente precisó cambio a ixekizumab por fracaso del tratamiento (PASI semana 24: 7).

**Conclusión.** Los datos obtenidos son consistentes con la eficacia, efectividad y seguridad reportadas en los ensayos clínicos y estudios post-comercialización publicados hasta el momento. Los estudios en vida real sugieren una posible mayor efectividad que los ensayos clínicos. Es necesario ampliar el tiempo de estudio para valorar dichos datos en nuestra muestra.

### P39. DOCTORA, NO SE ME QUITAN LAS “VERRUGAS”

S. Plata Clemente, E. Martínez Lorenzo, C. Romera de Blas, M. Cotarelo Hernández, N. Aranda Sánchez, M.V. Signes-Costa Smith, M.J. Carrera Hernández y J.J. Amorós Oliva

*Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad multisistémica con formas de presentación clínica muy variadas.

**Caso clínico.** Hombre de 67 años con antecedentes personales de obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipemia, infarto en 2009 con enfermedad severa multivascular tratada con stent, cardiopatía hipertensiva con ventrículo izquierdo dilatado que

condiciona insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática con hipergamaglobulinemia secundaria, que es derivado mediante teledermatología por verrugas en mosaico en dorso de manos sin respuesta a múltiples tratamientos tópicos. Cuando el paciente acude a consulta, se observa que además presenta placas hiperqueratósicas en eminencia tenar con grietas que producen sangrado, por lo que se interroga sobre más lesiones cutáneas y se realiza exploración física completa. Se objetivan además de las lesiones de las manos, placas eritematodescamativas, algunas de ellas verrucosas, en tronco y piernas, con PASI 10, BSA 8. Se decide iniciar tratamiento sistémico por la limitación funcional que producían las lesiones de las manos, así como la presencia de lesiones en múltiples localizaciones. Dadas las múltiples comorbilidades del paciente, estarían contraindicados metotrexate, acitretino y anti-TNF. Dada la afectación de la calidad de vida y el peso, consideramos que la opción terapéutica más adecuada era brodalumab 210 mg, realizando inducción y posteriormente administración bisemanal. A los 3 meses, el paciente presenta PASI 0 y BSA 0.

**Discusión.** En el caso de nuestro paciente, se alcanzó una excelente respuesta a brodalumab con PASI100 en semana 12, independientemente del peso. Esto está en consonancia con los estudios publicados, en los que el 55% de los pacientes tratados con brodalumab alcanzan en semana 12 PASI100 y el IMC no influye en la respuesta al fármaco.

**Conclusión.** Presentamos un caso de paciente naïve con múltiples comorbilidades, entre ellas obesidad, con excelente respuesta a brodalumab a dosis habituales.

#### P40. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TILDRAKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

R.F. Lafuente Urrez<sup>a</sup>, J.P. Díaz Jiménez<sup>b</sup>, M. Merino García<sup>c</sup>, J. Pérez Pelegay<sup>a</sup>, A. Escalada Abraham<sup>a</sup>, M.P. Hernández Orta<sup>a</sup> y J. Preciado Goldaracena<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Técnico de Gestión Sanitaria. Hospital Reina Sofía. <sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. <sup>d</sup>Farmacia. Hospital Reina Sofía. Tudela (Navarra). España.

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de alta afinidad anti-IL-23p19 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico. Se realizó un estudio retrospectivo para describir y analizar las características de los pacientes con psoriasis que precisaron tratamiento con tildrakizumab y, evaluar su efectividad y seguridad en la práctica clínica diaria.

**Material.** Se revisó la historia clínica de todos los pacientes con psoriasis que fueron tratados con tildrakizumab hasta noviembre de 2023.

**Resultados.** Nueve hombres de entre 33 y 69 años fueron tratados con tildrakizumab según ficha técnica (100 mg en las semanas 0, 4 y cada 12 semanas) salvo un paciente que precisó dosis de 200 mg a partir de la 3ª dosis del fármaco; todos presentaban también psoriasis en localizaciones especiales (palmo-plantar, facial, cuero cabelludo, ungüeval y/o genital); 8 de ellos tenían alguna comorbilidad (HTA, diabetes, dislipemia, obesidad, fumador, ansiedad/depresión, artritis, adenocarcinoma de próstata metastásico). Todos estos pacientes habían realizado tratamiento sistémico convencional y biológico previo, salvo uno que era naïve a biológico. Todos los pacientes incluidos en este estudio ya se encontraban entre las semanas 12 y 16 de tratamiento y 6 habían completado las 52 semanas. La supervivencia media del fármaco fue de 68,22 semanas. En la semana 52, la supervivencia general al fármaco fue del 100%; en 1 paciente se suspendió el tratamiento en la semana 104 por falta de eficacia. No se han observado acontecimientos adversos al final del período de estudio.

**Conclusiones.** Nuestro estudio confirma la eficacia y seguridad de tildrakizumab en la semana 52 en la práctica clínica real en pacientes con psoriasis moderada-grave. Tildrakizumab fue eficaz y mostró altas tasas de respuesta medida en términos de PASI absoluto ( $\leq 1$ ). Tildrakizumab fue bien tolerado con un buen perfil de seguridad y una alta tasa de supervivencia.

#### P41. PARADÓJICAMENTE, NO TODA PLACA CIRCINADA EN INGLE DE INMUNODEPRIMIDO ES UNA MICOSIS

A. Menéndez Parrón<sup>a</sup>, A. Barrutia Etxebarria<sup>a</sup>, R.M. Escribano de la Torre<sup>a</sup>, J. López Martínez<sup>a</sup>, V. Fatsini Blanch<sup>a</sup>, A. Sifre Ruiz<sup>b</sup>, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya<sup>a</sup> y R. González Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Álava). España.

**Introducción.** La enfermedad de Chron (EC) es una enfermedad intestinal inflamatoria crónica en la que la llegada de la terapia biológica antiTNF ha cambiado radicalmente su evolución. Un efecto adverso (EA) frecuente es la aparición de infecciones cutáneas. Presentamos un caso clínico de un paciente con EC a tratamiento con adalimumab que experimentó un curioso EA tras su intensificación.

**Caso clínico.** Paciente de 45 años con EC de larga data a tratamiento con adalimumab que es intensificado a pauta semanal tras empeoramiento del cuadro intestinal. Acude por lesiones suprapúbicas pruriginosas que responden a placas eritematodescamativas de morfología circinada, cuyo borde sobrelevado progresa de forma centrífuga con aclaramiento central. Ante la sospecha de tiña, se instaura antifúngico y se obtiene una muestra de escamas para cultivo que resulta negativo. Tras mala evolución clínica, se obtiene biopsia que objetiva dermatitis psoriasiforme con espongiosis. El paciente expone que relaciona los brotes clínicos de forma manifiesta con la administración del fármaco. Se diagnostica de psoriasis paradójica, con morfología de psoriasis invertida, y se comenta el caso con su gastroenterólogo para sustituir el biológico por ustekinumab.

**Resultados y conclusiones.** La psoriasis paradójica de novo es una reacción paradójica que ocurre en pacientes con distintas enfermedades inflamatorias bajo terapia antiTNF con una incidencia del 0,6 al 5,3%<sup>2</sup>. Las RP constituyen un grupo de EA que se definen como el desarrollo de novo o el empeoramiento de una patología inmunomediada que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce. Las hipótesis patogénicas propuestas para estos procesos incluyen un desbalance de citoquinas, con una sobreproducción de IFN- $\alpha$  y una alteración en el reclutamiento y la migración linfocitaria. Presentamos un caso de psoriasis paradójica invertida en una paciente a tratamiento con adalimumab por EC que simula una micosis superficial.

#### P42. TRATAMIENTO CON FÁRMACOS INHIBIDORES DE IL23 EN PACIENTES CON PSORIASIS Y MELANOMA

E. Hernández de la Torre Ruiz<sup>a</sup>, J.A. Avilés Izquierdo<sup>b</sup>, I. Márquez Rodas<sup>c</sup> y O. Baniandrés Rodríguez<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología. CEIMI. <sup>b</sup>Dermatología. Melanoma y <sup>c</sup>Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

El manejo de pacientes con psoriasis y cáncer no está claramente definido. Presentamos dos pacientes, ambos con fotodaño importante, que durante el tratamiento con inhibidores de la IL23 por psoriasis desarrollaron un melanoma. -Mujer de 57 años. A finales de 2021 inicia risankizumab. En primavera de 2023 se extirpa melanoma de extensión superficial (MES) 0,6 mm de espesor en

espalda. Madre con melanoma. -Varón de 71 años. A principios de 2020 inicia guselkumab. En septiembre de 2023 se extirpa MES in situ en espalda. Tratamiento con fototerapia UVB-b varios años antes. En ambos casos se ha decidido mantener tratamiento biológico para psoriasis por buen perfil de seguridad y buen control de la enfermedad cutánea. Además presentamos otra paciente, una mujer de 64 años, con psoriasis de larga evolución, bien controlada con metotrexato (MTX). En julio de 2019 se extirpa MES, 2,1 mm de espesor, en pierna izquierda, BRAF mutado, con afectación ganglionar al diagnóstico. Se inicia adyuvancia con terapia dirigida, mal tolerada. En verano de 2023 se decide cambio a pembrolizumab y se inicia guselkumab por riesgo mal control psoriasis. Es posible que los pacientes con psoriasis tengan más riesgo de ciertas neoplasias, bien por inflamación crónica, hábitos tóxicos o por el tratamiento pautado. Parece haber un aumento ligero del riesgo de carcinoma basocelular y epidermoide, sobre todo en aquellos en tratamiento con PUVA, ciclosporina, MTX y antiTNF. No hay datos de mayor riesgo de melanoma en pacientes con psoriasis ni asociado a ningún tratamiento. No parece haber un aumento del riesgo de neoplasia, incluyendo melanoma, ni un mal control de las mismas en pacientes en tratamiento con fármacos biológicos más recientes. La inmunoterapia puede provocar empeoramiento de psoriasis previa, generalmente leve. Si precisa tratamiento con fármacos biológicos, se prefiere usar los fármacos antiTNF o los antiIL23 frente a los antiIL17 por los efectos secundarios gastrointestinales de estos.

#### P43. APROXIMACIÓN AL PERFIL DEL PACIENTE CON PSORIASIS EN TRATAMIENTO CON APREMILAST EN LAS CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA

V. Ortiz Berciano, C.F. Caballero Linares, J.L. Castaño Fernández, I. Sánchez Gutiérrez, F.J. Rodríguez Cuadrado, L. Fajardo Lucena, M. Pich-Aguilera Blasco, M. Loro Pérez, G. Roustán Gullón y M. Hospital Gil

*Dermatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

**Objetivo.** Disponemos de un amplio arsenal terapéutico para el manejo de la psoriasis moderada-grave. Por ello, es interesante establecer el perfil de paciente en tratamiento con apremilast.

**Materiales y métodos.** Se presenta el estudio observacional transversal que recoge a los 49 pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento actual con apremilast.

**Resultados.** Se incluyeron un 53,1% de mujeres y un 46,9% de varones, con edades entre 24 y 92, siendo la media 57 años. La presentación de la psoriasis fue principalmente en placas (59,2%), seguida de palmoplantar (34,7%). Y en menor medida invertida (4,1%) y en cuero cabelludo (2%). Acompañándose en un 16% de artritis psoriásica. La media del PASI inicial fue 6,9 y la del PASI actual era 1,9. En cuanto a las comorbilidades asociadas, desde el punto de vista metabólico y/o vascular encontramos que el 65% tenían al menos un factor de riesgo, estando el síndrome metabólico presente en un 53%. Un 27% tenía historia de proceso oncológico. Y 3 de los 49 pacientes padecían de forma concomitante un lupus eritematoso sistémico. En relación con los tratamientos de la psoriasis pautados previamente, el 100% había realizado tratamiento tópico y el 41% fototerapia. El 58% había estado en tratamiento sistémico previo, siendo metotrexato y ciclosporina los más utilizados. Menos del 0,5% había realizado tratamiento biológico. Además, en 2 de los 49 pacientes, se asociaba metotrexato concomitante con el apremilast. Por último, no se encontraron efectos adversos graves relacionados con el tratamiento de apremilast.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia con apremilast posiciona al fármaco como tratamiento seguro y eficaz en pacientes con psoriasis moderada-grave, con o sin afectación articular que presen-

ten limitaciones o ineficacia con tratamientos sistémicos clásicos o contraindicación para el uso de fármacos biológicos.

#### P44. USTEKINUMAB COMO UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PSORIASIS Y VITÍLIGO

S. Porcar Saura, J. Boix Vilanova, C. Sanchis Sánchez, A. Arrieta Vinaixa y R. Carmena Ramón

*Dermatología. Hospital de La Plana. Vila-real (Castellón). España.*

La psoriasis y el vitiligo son dos enfermedades inmunomediadas donde las citoquinas juegan un papel importante. Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años con psoriasis en placas severa en tratamiento con etanercept 50 mg a la semana, que tras 18 años de tratamiento desarrolló vitiligo de novo localizado en el dorso de las manos, los codos y las piernas con importante afectación de la calidad de vida. Ante la sospecha de vitiligo inducido por anti-TNF se decidió cambio de fármaco biológico a ustekinumab 45mg pauta de psoriasis. En la literatura, se han descrito casos de pacientes con vitiligo de novo, desarrollado durante el tratamiento de la psoriasis con fármacos biológicos, siendo los más frecuentemente implicados los fármacos anti-TNF (adalimumab e infliximab) y en menor medida, ustekinumab e inhibidores de IL-17. Por otra parte, existen casos reportados de pacientes con repigmentación del vitiligo tras cambio de anti-TNF a ustekinumab o, pacientes con vitiligo tras inicio del inhibidor de IL-12/23 que con el tiempo han repigmentado sin suspender el fármaco. Este fenómeno contradictorio de ustekinumab en el vitiligo, podría ser equiparable al conocido fenómeno paradójico de los fármacos anti-TNF y el desarrollo de psoriasis. Ustekinumab puede ser un fármaco a tener en cuenta en aquellos pacientes que presenten de forma concomitante psoriasis y vitiligo o, que desarrollen vitiligo de novo durante el transcurso del de la psoriasis.

#### P45. PACIENTE CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE Y NEOPLASIA DE ESÓFAGO TRATADO CON TILDRAKIZUMAB. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.S. Medina Montalvo, I. Polo Rodríguez, A.B. Piteiro Bermejo, E.L. Pinto Pulido, E. García Verdú, P. Merlo González y L. Trasobares Marugán

*Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

Presentamos el caso de un varón de 72 años con historia de psoriasis en placas moderada-grave de larga evolución. AP: hepatopatía crónica enólica, insuficiencia renal crónica, claudicación intermitente, coledoclitiasis con pancreatitis aguda en 2020. Había recibido tratamiento con metotrexato (dosis acumulada de 1,9 g), apremilast suspendido por mala tolerancia, ustekinumab con muy buena respuesta, pero suspendido por pancreatitis aguda litiasica. En ese periodo es diagnosticado de cáncer de esófago y tratado con radioterapia. Cuando valoramos al paciente presentaba un PASI de 15,6; BSA 33% y un intenso prurito (EVA 9). Iniciamos tratamiento con UVB-BE y corticoides tópicos, sin mejoría significativa. De acuerdo con el paciente y su oncólogo, iniciamos tratamiento con tildrakizumab 100 mg. Al mes el paciente estaba blanqueado, por lo que pospusimos la siguiente dosis hasta el nuevo brote, que ha ocurrido a los 10 meses. El paciente no ha presentado efectos adversos, ni progresión de la enfermedad esofágica a lo largo del periodo de seguimiento. Recoger los datos de práctica clínica nos permitirá tener evidencia científica en la que apoyar las decisiones terapéuticas.

#### P46. TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

J.M. Morón Ocaña<sup>a</sup>, G. Piñero Crespo<sup>b</sup>, M.I. del Pino Rincón<sup>c</sup>, C.V. Almeida González<sup>d</sup>, R. Hernández Sánchez<sup>e</sup> y A. Pérez Gil<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España. <sup>b</sup>University of South Florida Morsani College of Medicine. Tampa (Florida). Estados Unidos. <sup>c</sup>Ensayos Clínicos, <sup>d</sup>Unidad de Investigación y <sup>e</sup>Reumatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.

**Introducción y objetivos.** Aunque se ha descrito bien el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes que padecen psoriasis (Pso) y artritis psoriásica (Aps), no se conoce bien la prevalencia de los trastornos del sueño entre ambos grupos. Por ello, queremos determinar si existen diferencias en la calidad del sueño entre los sujetos con Pso y Aps y si la calidad del sueño repercute en la calidad de vida entre ambos grupos de enfermedad.

**Metodología.** Presentamos una serie de 100 casos de pacientes con Pso y/o Aps. De cada uno de los pacientes se recogieron características sociodemográficas, comorbilidades y cuestionarios de calidad de vida (DLQI y SF36) y calidad del sueño (PSQI).

**Resultados.** Nuestros pacientes presentaron 28,8 veces más riesgo (IC95% 13,24-62,84,  $p < 0,001$ ) de tener una calidad del sueño peor con respecto a un grupo de sujetos sanos. La media de puntuación PSQI global fue de 10,52 ( $\pm 4,46$ ) puntos en Aps y 10,24 ( $\pm 2,6$ ) puntos en Pso. El 90,9% y el 88,1% de los sujetos con APs y Pso respectivamente presentaban mala calidad del sueño. La duración del sueño fue el ítem más afectado en ambos grupos (75% en Aps y 65,7% en Pso). No se encontraron diferencias en relación con los trastornos del sueño entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ). Se observó una relación inversa entre una peor calidad del sueño (PSQI) y una buena calidad de vida (SF36) ( $R = -0,618$  en Aps y  $R = -0,699$  en Pso,  $p < 0,001$ ). El tiempo de evolución no influyó en la gravedad de la calidad del sueño de ambas enfermedades ( $p > 0,05$ ).

**Discusión.** Aunque otros estudios han demostrado que los pacientes con Aps tienen peor calidad del sueño que los pacientes con Pso, en nuestro estudio no se encontraron diferencias. Sin embargo, se encontró una calidad del sueño bastante más reducida (90%) que las encontradas en otras series (65%). La detección temprana de los trastornos del sueño mediante el cuestionario PSQI puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes con Pso y Aps.

#### P47. CUMBRES BORRASCOSAS: PSORIASIS Y ATOPIA CONVIVIENDO

S. Armesto Alonso<sup>a</sup>, S. Simón Coloret<sup>a</sup>, M.C. González Vela<sup>b</sup>, J. Sánchez Gundín<sup>c</sup>, L. Reguero del Cura<sup>d</sup>, M. Drake Monfort<sup>a</sup>, C. Gómez Fernández<sup>a</sup> y M.A. González López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología, <sup>b</sup>Patología y <sup>c</sup>Farmacia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>d</sup>Dermatología. H. Sierrallana. Santander (Cantabria). España.

La asociación entre psoriasis y atopia es relativamente frecuente. Se considera una prevalencia en España entre un 20-40% de pacientes que manifiestan ambas entidades. Se desconoce la causa si bien predomina la genética como prioritaria. Los factores ambientales provocarían la expresión de ambas patologías simultáneamente o en diferentes tiempos. Existen marcadores que nos van a orientar hacia la posibilidad de encontrarnos con casos problemáticos. Por ejemplo, los psoriásicos tienen niveles de IgE superiores a la población sana. Si son elevados podemos sospechar la simultaneidad de psoriasis y atopia. La problemática que conlleva es múltiple: placas de psoriasis impetiginizadas, refractariedad a los tratamientos habituales, comorbilidades incrementadas etc. Los agonistas de los receptores de aril hidrocarburos pueden una solución tópica por poner un ejemplo. Esta aprobado

por la FDA (Food and Drug Administration) y la EMA (European Medicines Agency) en psoriasis y tiene un fase 3 con excelentes resultados en atopia. De cualquier forma estos pacientes suponen un reto. Presentamos un caso complejo y anecdótico dado que el tratamiento dependía también de las ocurrencias del paciente de forma que después de hacer hepatotoxicidad y una pustulosis generalizada por upadacitinib que se cambió por tralokizumab y posteriormente baricitinib, decidió que dada la eficacia de upadacitinib lo iba a alternar con baricitinib y tener así unas vacaciones sin picores y sin efectos secundarios.

#### P48. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA FOTOTERAPIA EN LA PSORIASIS PEDIÁTRICA: UNA SERIE DE CASOS

R. Hernández Quiles, V. Sánchez García, I. Albert Cobo, J. Carrasco Muñoz, L. Berbegal de Gracia e I. Belinchón Romero

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

**Introducción.** La psoriasis pediátrica presenta desafíos terapéuticos únicos. Aunque la fototerapia es una herramienta valiosa, su uso en niños se ve limitado por restricciones logísticas, especialmente durante el periodo escolar. Por ello planteamos este estudio cuyo objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de la fototerapia en este grupo poblacional.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de 26 casos de pacientes con psoriasis con edades comprendidas entre 6 y 15 años. La terapia consistió en UVB de banda estrecha en un 92,31% y PUVA de manos y pies en el 7,69% restante. Se evaluaron variables como fototipo, sesiones, dosis final y acumulada, así como eventos adversos.

**Resultados.** En 26 episodios de tratamiento, la media de ciclos fue 1,08 por paciente, con un máximo de 2. El 69,23% de los pacientes eran mujeres, y el 30,77% eran hombres, predominantemente fototipo III (53,85%). No se registraron antecedentes de otras enfermedades cutáneas o inmunomediadas. La mayoría de las sesiones fueron UVB de banda estrecha, con una media de 21,83 sesiones. La dosis final media fue de 1,6 J/cm<sup>2</sup>, con una dosis acumulada media de 23,84 J/cm<sup>2</sup>. Se observaron solo dos eventos adversos (7,69%), todos ellos quemaduras leves, y una suspensión del tratamiento por intolerancia. Los resultados mostraron 50% de curaciones completas, 19,23% casi completas, 26,92% parciales y solo el 3,85% no tuvo respuesta.

**Conclusión.** La fototerapia se sitúa como una opción eficaz y segura en psoriasis pediátrica, lo que viene respaldado por respuestas clínicas positivas y una baja incidencia de eventos adversos, destacando su papel como parte del abordaje integral de la enfermedad en esta población especial.

#### P49. TRATAMIENTO DE PSORIASIS PUSTULOSA PALMOPLANTAR CON BRODALUMAB. SERIE DE CASOS

M.V. Signes-Costa Smith, E.R. Martínez Lorenzo, N. Aranda Sánchez, M. Cotarelo Hernández, C. Romera de Blas, J.J. Amorós Oliva, M.J. Carrera Hernández, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo, P. Blázquez Pérez y C. Pérez Hortet

Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.

La psoriasis pustulosa palmoplantar (PPP) se engloba dentro de la psoriasis de difícil tratamiento. Fisiopatológicamente se ha visto aumento de la IL17 en las lesiones de PPP, por lo que cabría suponer una buena respuesta con el uso del inhibidor del receptor A de la IL17, Brodalumab.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio observacional retrospectivo de PPP en tratamiento con brodalumab en un hospital ter-

ciario. Las escalas empleadas fueron Palmoplantar Psoriasis Area Severity Index (PPASI), Physician's Global Assessment (PGA) y Dermatology Life Quality Index (DLQI). Se realizaron las mediciones al inicio, semana 12 y semana 24.

**Resultados.** Se incluyen 4 pacientes (2 hombres) con una edad media de 59 años y un IMC medio de 27,84. El tiempo de evolución de la psoriasis fue de 165 meses y solo 1 paciente presentaba artritis psoriásica. La media de tratamientos sistémicos previos fue de 3 y de tratamientos biológicos previos de 2,25. Solo 1 paciente era naïve para tratamiento biológico. Al inicio de tratamiento la media de las escalas fue PPASI 32,2, PGA 4,25 y DLQI 16,6. A las 12 semanas, 1 paciente presentó fallo primario; este paciente había sido tratado con 7 biológicos previamente (incluidos otros inhibidores de IL17 e inhibidores de IL23) sin respuesta adecuada. Valorando el resto de pacientes (n = 3) se observó una media de reducción de PPASI de 19,3 puntos, con mejoría relativa PPASI 45,79. El PGA medio fue de 2,66 y DLQI de 6,33. En revisión de semana 24 se objetivó 1 fallo secundario. El resto de pacientes (n = 2) presentaron una reducción media de PPASI de 41,1 puntos, consiguiendo alcanzar PPASI 98 y PPASI 100. En este punto el PGA medio fue de 0,5 y DLQI 2. Ambos pacientes mantienen PPASI 100 en semana 42 de seguimiento.

**Conclusiones.** Los resultados presentados resultan prometedores para considerar Brodalumab como efectivo en pacientes con PPP tanto en actividad de la enfermedad como en calidad de vida de los pacientes.

#### P50. INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: EVALUACIÓN MULTITERRITORIAL DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y DERMATITIS ATÓPICA MODERADA-GRAVE

E. Berna Rico, B. Pérez García, C. Abbad-Jaime de Aragón, C. Azcárraga Llobet, E. García Mouronte, B. de Nicolás Ruanes y Á. González Cantero

*Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La psoriasis constituye un modelo humano para el estudio de la aterosclerosis en estados inflamatorios crónicos. La dermatitis atópica (DA) también se ha asociado con eventos cardiovasculares, atribuyéndose dicha asociación a la inflamación sistémica. No obstante, la inmunidad Th2, predominante en DA, podría tener efectos ateroprotectores. Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de aterosclerosis en pacientes con psoriasis y DA, explorando los factores que podrían conducir al desarrollo de aterosclerosis en estos procesos.

**Material y métodos.** Estudio transversal que incluye a adultos sin enfermedad cardiovascular previa: 30 con psoriasis, 30 con DA y 30 controles pareados por edad, sexo e índice de masa corporal (IMC). Se realizó anamnesis, exploración física, analítica en ayunas, valoración del sueño con el Insomnia Severity Index (ISI) y una evaluación multiterritorial de aterosclerosis subclínica a través de ecografía 2D de arterias carótidas y femorales.

**Resultados.** La edad media fue de 39,8 ± 10,1. El 62,2% fueron hombres, con IMC de 26,9 ± 5,2. El PASI fue de 9,8 ± 4,4, el EASI de 24,5 ± 9,9. La prevalencia de aterosclerosis fue superior en psoriasis (57%) y en DA (39%) que en controles (21%, p < 0,05 para psoriasis, p = 0,09 para DA). La prevalencia de síndrome metabólico fue mayor en psoriasis (50%) que en DA (36%) y controles (31%), así como la resistencia a la insulina (HOMA-IR 2,48 psoriasis vs. 2,01 DA vs. 1,55 controles, p < 0,05 psoriasis vs. controles). La DA se asoció a mayor sedentarismo (34% vs. 29% psoriasis vs. 11% controles, p < 0,05 DA vs. control) y alteración del sueño (p < 0,05 DA vs. control y DA vs. psoriasis).

**Conclusiones.** La psoriasis y la DA se asociaron a una mayor carga de aterosclerosis subclínica, hallándose la prevalencia más alta en

la psoriasis. Los factores asociados a la aterosclerosis podrían ser distintos entre ambas enfermedades. Si se confirman estos hallazgos, las medidas preventivas también deberían serlo.

#### P51. PUSTULOSIS PALMO-PLANTAR CON BUENA RESPUESTA A BIMEKIZUMAB

M. Gamo Guerrero, D. Velázquez Tarjuelo, A. Simón Gozalbo, E. del Río Pena, A. Roca Martiartu y P. de la Cueva Dobao

*Dermatología. Hospital Infanta Leonor. Madrid. España.*

La pustulosis palmo-plantar es un trastorno crónico caracterizado por la presencia de pústulas estériles junto con lesiones eritemato-descamativas en palmas y plantas. Su tratamiento en ocasiones es un reto terapéutico por la escasa respuesta a las diferentes terapias. Presentamos una mujer de 66 años con pustulosis palmo-plantar, resistente a múltiples tratamientos previos, con buena respuesta a bimekizumab. En primer lugar, realizó tratamiento con acitretino durante un año, con buena respuesta inicial, pero empeoramiento posterior y mala tolerancia. Durante 6 meses recibió metotrexato 15 mg semanales, presentando respuesta parcial, pero elevación de transaminasas. A continuación, durante 7 meses, realizó tratamiento con apremilast con mejoría inicial pero posterior recaída. Tras 6 meses de tratamiento con adalimumab sin alcanzar respuesta completa, se decide sustituir por secukinumab. Sin embargo, la paciente presentó empeoramiento a nivel palmo plantar, junto con la aparición de nuevas lesiones de aspecto psoriasiforme en miembros inferiores y una candidiasis oral. Por lo tanto, se suspende el fármaco y se inicia bimekizumab según ficha técnica. La paciente presentó evidente mejoría desde la primera dosis, con un PASI casi 0 tras 3 meses del inicio del tratamiento. Desarrolló una candidiasis oral en relación al tratamiento, con buena respuesta a fluconazol oral. Aunque no son numerosos los casos recogidos en la literatura de pustulosis palmo-plantar tratada con bimekizumab, en todos ellos se evidencia respuesta rápida y completa. Presentamos un nuevo caso de psoriasis pustulosa palmo-plantar, resistente a múltiples tratamientos previos sistémicos, tanto convencionales como biológicos, con buena respuesta a bimekizumab desde la primera dosis, alcanzando PASI casi 0 tras 3 meses de tratamiento. Concluimos que el bimekizumab parece una opción rápida y eficaz en pustulosis palmo plantar con escasos y leves efectos secundarios, destacando la candidiasis oral.

#### P52. CAMBIO INTRA CLASE DE INHIBIDORES DE IL-23 EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE: EXPERIENCIA EN VIDA REAL TRAS FRACASO TERAPÉUTICO

E. García Mouronte, Á. González Cantero, C. Pindado Ortega, P. Fernández González, E. Berna Rico, B. de Nicolás Ruanes, C. Azcárraga Llobet, P. Jaén Olasolo y M.A. Ballester Martínez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

Los inhibidores de la IL-23 (IL-23i) constituyen una adecuada opción terapéutica en pacientes con psoriasis moderada-grave refractaria a tratamientos sistémicos convencionales. El objetivo del presente estudio es analizar la eficacia y seguridad del cambio intraclase de IL-23i tras fracaso terapéutico (FT). Se trata de una cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes con psoriasis moderada-grave que fueron tratados con un IL-23i entre 2018 y 2023 tras FT primario o secundario a un IL-12/23i o a otro IL-23i. Se analizaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas. Se incluyeron 23 pacientes. La mayoría eran varones (60,87%). La edad mediana en el momento del cambio fue de 52 años. Siete pacientes (30,43%) presentaban artropatía psoriásica. Veintiuno (91,3%) habían recibido al menos otro fármaco biológico antes del primer IL-12/23i o IL-23i, siendo el

más frecuente el etanercept (30,43%). Diecisiete (73,91%) padecían afectación de localizaciones especiales, siendo la más prevalente la psoriasis del cuero cabelludo (60,87%). El primer IL-23i fue ustekinumab (IL-12/23i) en 16 pacientes (69,57%), tildrakizumab en 4 (17,39%), guselkumab (Gus) en 2 (8,7%) y risankizumab (Ris) en 1 (4,35%). El motivo más frecuente de cambio fue el FT secundario (69,57%), con un PASI medio de 15,14. En 14 pacientes se sustituyó por Gus (60,87%) y en 9 por Ris (39,13%). La respuesta PASI90 en la semana 16 fue del 50% en el grupo de Gus y Ris ( $p = 0,55$ ). En la semana 52 fue del 25% y 50%, respectivamente ( $p = 1$ ). No se observaron diferencias en el último PASI objetivado (5,48 vs. 2,3;  $p = 0,81$ ). La duración mediana del tratamiento fue similar (10,5 meses vs. 19,13 meses;  $p = 0,81$ ). Ningún paciente desarrolló complicaciones que obligaran a la suspensión del tratamiento. El cambio intracase de IL-23i es una opción terapéutica factible, eficaz y segura en el manejo de pacientes con psoriasis moderada-grave. Sin embargo, son necesarios más estudios en vida real para confirmar nuestros hallazgos.

### P53. BIOPSO, UNA NUEVA app: TODOS LOS BIOLÓGICOS PARA LA PSORIASIS EN TU MÓVIL

M. Meruelo Ruano<sup>a</sup>, J.S. Rodríguez Blandón<sup>a</sup>, B. Lada Colunga<sup>a</sup>, S. Carrasco Maceda<sup>b</sup>, J. Lara Trigo<sup>a</sup> y R. Izu Belloso<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Basurto. <sup>b</sup>Departamento de Dermatología, Oftalmología y ORL. Universidad del País Vasco. Bilbao (Vizcaya). España.

**Antecedentes y objetivos.** Los tratamientos biológicos para la psoriasis siguen aumentando en número y nuevas indicaciones. Este trabajo aborda la creciente necesidad de una herramienta de consulta rápida y eficiente para médicos en el tratamiento de la psoriasis con biológicos. El objetivo de esta presentación es darla a conocer a un grupo amplio de dermatólogos para facilitar su tarea asistencial.

**Material y métodos.** Se desarrolló una aplicación móvil interactiva -BIOPSO- diseñada para proporcionar información accesible y actualizada sobre tratamientos biológicos para la psoriasis. La aplicación se basa en una exhaustiva base de datos realizada en Excel y fue el tema de un trabajo fin de grado de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco. La aplicación se testó entre los dermatólogos de nuestro Hospital para evaluar la usabilidad y eficacia de la aplicación.

**Resultados.** Los usuarios reportaron una mayor confianza y eficiencia en la selección de tratamientos adecuados. Además, la aplicación demostró ser una fuente fiable y actualizada de información de acceso muy rápido y cómodo.

**Conclusiones.** La aplicación móvil desarrollada representa una herramienta valiosa para los médicos en el manejo de tratamientos biológicos para la psoriasis. Su facilidad de uso y accesibilidad la convierten en un recurso esencial para mejorar la calidad del tratamiento y la atención al paciente. Futuras actualizaciones podrían expandir sus capacidades para incluir otros aspectos de la atención dermatológica.

### P54. PSORIASIS ERITRODÉRMICA TRATADA CON BIMEKIZUMAB

M. Almenara Blasco, L. Bernal Masferrer, B. Clemente Hernández, Z. Álvarez Bobillo, A.M. Morales Callaghan y T. Gracia Cazaña

Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

**Introducción.** La psoriasis eritrodérmica es una forma poco común de psoriasis que puede representar un riesgo vital. Los fármacos biológicos han revolucionado el manejo de la psoriasis en placas

y han demostrado ser efectivos en las psoriasis eritrodérmica. Sin embargo, la escasez de estudios comparativos directos y la rareza de esta forma de psoriasis han impedido la estandarización de pautas de tratamiento basadas en evidencia sólida.

**Caso clínico.** Se realizó una teleconsulta al servicio de dermatología por un hombre de 66 años con antecedentes de psoriasis de 30 años de evolución sin otros antecedentes de interés. El paciente solo había recibido tratamientos con tópicos y presentaba un brote de psoriasis en placas. En el tiempo entre la teleconsulta y la cita presencial el paciente sufrió un empeoramiento que su médico de familia trató con metilprednisolona 60 mg subcutáneos. El paciente sufrió un empeoramiento con una eritrodermia generalizada por la que acudió a Urgencias. En la exploración física, se observó queratodermia en las manos y eritrodermia generalizada, afectando al 90% del cuerpo. Al no disponer de pruebas analíticas, ni radiológicas que descartasen infecciones o patología concomitante se optó por iniciar bimekizumab a dosis de 320 mg semanas 0, 4, 8, 12, 16. Tras 4 meses de tratamiento el paciente alcanzó el PASI 0 y se mantiene sin brotes hasta la actualidad.

**Discusión y conclusiones.** Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-interleucina-17A y F indicado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas moderada a grave. Su uso en psoriasis eritrodérmica está fuera de indicación. Sin embargo, diversos estudios han demostrado el rol de la interleucina-17 en esta forma de psoriasis y otros fármacos como ixekizumab, brodalumab y secukinumab han sido utilizados con éxito. Los buenos resultados alcanzados con nuestro paciente sugieren que bimekizumab podría ser una alternativa más en el tratamiento de estos pacientes.

### P55. MUTACIÓN EN EL GEN CARD14 EN DOS PACIENTES PEDIÁTRICAS CON PSORIASIS GRAVE: UN RETO TERAPÉUTICO

J. Carrasco Muñoz, I. A. Cobo, R. Hernández Quiles, N. Jara Rico, I. Belinchón Romero, I. Betlloch Mas y L. Berbegal de Gracia

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

**Introducción.** Las mutaciones del gen CARD14 se han descrito como asociadas con la pitiriasis rubra pilaris y varios fenotipos de psoriasis. El fenotipo de inicio en la infancia está asociado con manifestaciones graves, como la psoriasis pustulosa generalizada.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de dos niñas, de 3 y 4 años, que a los tres meses de vida presentan placas eritematodescarnativas generalizadas. La primera paciente acudió a consulta por eritrodermia. Tras una biopsia concordante con psoriasis, se pautó tratamiento tópico con corticoides. Sin embargo, la mala evolución propició cambiar a acitretino. Durante los dos años siguientes presentaron nuevos brotes de psoriasis pustulosa que precisaron ajuste de acitretino y tratamiento tópico. Se solicitó estudio de síndromes autoinflamatorios con resultado de mutación en CARD14. Por empeoramiento se pautó ciclosporina y posteriormente ustekinumab. Actualmente mantiene tratamiento con ustekinumab, con buena respuesta. La segunda paciente, natural de Francia, había sido tratada con ciclosporina por brotes de psoriasis pustulosa, sin embargo, tuvo que suspenderse por hipertensión. Tenía biopsias previas compatibles e ingresó en nuestro hospital a los 3 años por eritrodermia, por lo que se inició metotrexato. En consulta, por mala evolución se pautó adalimumab y se solicitó estudio genético, con mutación en CARD14. Actualmente la paciente está bien controlada con adalimumab.

**Discusión.** La mutación en el CARD14 está englobada dentro de los trastornos autoinflamatorios de la queratinización, entidad que no suele responder adecuadamente a las terapias convencionales. En la edad pediátrica, el adalimumab y ustekinumab se presentan como opciones terapéuticas.

**Conclusión.** La psoriasis infantil grave puede formar parte del espectro de enfermedades autoinflamatorias asociadas a la mutación del gen CARD14, cuya determinación nos ayuda a comprender y enfocar el tratamiento de esta enfermedad, que generalmente supone un reto terapéutico.

### P56. PSORIASIS ECCEMATOSA CON EXCELENTE RESPUESTA A BIMEKIZUMAB

I. Polo Rodríguez, A.B. Piteiro Bermejo, E.L. Pinto Pulido, E. de Jesús García Verdú, P. Merlo Gómez y S. Medina Montalvo

*Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

**Introducción.** La psoriasis eccematosa se presenta en el 5-10% de pacientes con psoriasis. Se caracteriza por la presencia de prurito y afectación severa de manos y a nivel histológico suele mostrar infiltrados con eosinófilos y espongirosis. Su tratamiento es difícil por las alteraciones inmunológicas propias de ambas patologías

**Caso clínico y discusión.** Varón de 29 años con dislipemia e hipertensión con lesiones de 5 años de evolución de predominio en pliegues antecubitales y manos. En 2019 inició tratamiento con acitretino suspendido por hipertrigliceridemia. Se realizó biopsia con diagnóstico histopatológico de psoriasis eccematosa y se inició tratamiento con apremilast. Tras mejoría inicial se produjo pérdida de eficacia y se cambió a tildrakizumab. Tras 16 semanas no se produjo mejoría y fue suspendido; tras 3 meses de tratamiento tópico con corticoides e inhibidores de la calcineurina se inició fototerapia. Tuvo mejoría inicial pero ante la pérdida de respuesta comenzó bimekizumab. A las 16 semanas del inicio el paciente estaba libre de lesiones y sin prurito. La psoriasis y la dermatitis atópica pueden coexistir y además son muy difíciles de diferenciar en ciertas ocasiones. Los pacientes afectados con ambas patologías suelen mostrar resistencia a los tratamientos, y una afectación de manos severa. Estos pacientes tienen un proceso dual que engloba múltiples vías inmunológicas y la combinación de 2 biológicos o tratamientos clásicos puede ser requerida para su manejo. La experiencia del uso combinado de biológicos es limitada debido a la escasez de datos de seguridad, aunque hay un metaanálisis que ha demostrado seguridad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. No existen datos en la literatura de psoriasis eccematosa tratada con bimekizumab. Presentamos el caso de un paciente con psoriasis eccematosa con excelente respuesta a bimekizumab sin necesidad de combinar tratamientos sistémicos o biológicos.

### P57. EFICACIA Y SEGURIDAD A MEDIO PLAZO DE BIMEKIZUMAB EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: UN ESTUDIO BICÉNTRICO EN DOS HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Á. Aguado Vázquez<sup>a</sup>, A. Mateu Puchades<sup>a</sup>, E. Martínez Ruiz<sup>b</sup>, V. Navarro Fuentes<sup>b</sup>, C. Alonso Díez<sup>a</sup>, C. Laguna Argente<sup>b</sup>, R. García Ruiz<sup>a</sup>, P. Villodre Lozano<sup>a</sup>, E. Silva Martínez<sup>b</sup>, A. Estébanez Corrales<sup>a</sup>, A. Agustí Mejías<sup>b</sup> y F.J. Melgosa Ramos<sup>b</sup>

*Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

*<sup>b</sup>Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva (Valencia). España.*

**Antecedentes y objetivos.** El perfil de eficacia y seguridad de bimekizumab (Inhibidor dual de IL-17A/F) fue evaluado en cuatro ensayos clínicos de fase III (BE VIVID, BE READY, BE SURE y BE RADIANT), que mostraron resultados prometedores en términos de eficacia y seguridad. Los pacientes tratados en la práctica diaria a menudo presentan comorbilidades y medicación concomitante, por las que son excluidos de los ensayos clínicos. Los resultados obtenidos a partir de datos de tratamiento en la práctica diaria pueden ofrecer una representación más precisa de la eficacia y seguridad

del tratamiento, sin embargo hasta la fecha las series de práctica clínica real evaluando la eficacia y seguridad de bimekizumab son escasas. El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia y seguridad de bimekizumab a corto y medio plazo (hasta 24 semanas).

**Material y métodos.** Se plantea un estudio bicéntrico incluyendo a los pacientes tratados con bimekizumab en dos hospitales de la comunidad Valenciana desde 1 de enero de 2023 hasta el 1 de enero de 2024. Se describen las características basales, tratamientos previos y comorbilidades. Se analiza la respuesta al tratamiento en términos de PASI, BSA, PGA y DLQI. Se evalúa adicionalmente el perfil de seguridad.

**Resultados y conclusiones.** Se incluyeron hasta la fecha 24 pacientes (58,3%) con una edad media de 52,9. El número medio de tratamientos biológicos previos fue de 1,2 (0-7), siendo 9 naïve. Ocho pacientes habían recibido previamente inhibidores de IL17. El PASI basal medio fue de 12,6. El PASI absoluto fue de 2,12; 1,1 y 0,3 a las semanas 4, 16 y 24 respectivamente. No se identificaron efectos adversos graves. Cuatro pacientes interrumpieron el tratamiento, 2 por aparición de lesiones eccematosas en semana 16, una por fallo 2º y otra por candidiasis. A la vista de los resultados obtenidos bimekizumab se plantea como una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de los pacientes con psoriasis en la práctica clínica real.

### P58. PSORIASIS GRAVE REFRACTARIA A MÚLTIPLES TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: BIMEKIZUMAB AL RESCATE

J.F. Orts Paco, J.C. Romera Pallarés, B. Rebollo Caballero, J.P. Serrano Serra, C. Soria Martínez, J. Navarro Pascual, M.I. Úbeda Clemente, A. Botía Paco, J. Ruiz Martínez y M.E. Giménez Cortés

*Dermatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.*

**Introducción.** Los fármacos biológicos han mejorado significativamente los resultados clínicos de los pacientes con psoriasis moderada-grave. Sin embargo, los datos en práctica clínica real muestran que la suspensión de fármacos biológicos es frecuente. Las principales causas son los fallos primarios, los fallos secundarios y las reacciones adversas.

**Caso clínico.** Mujer de 47 años con antecedentes de anoxia perinatal en seguimiento por dermatología por psoriasis de 10 años de evolución. Presentaba psoriasis en placas, psoriasis invertida y afectación marcada del cuero cabelludo. Tras fracasar el tratamiento tópico, se inició ustekinumab en el año 2017. Tuvo una buena respuesta inicial, pero al año de tratamiento fue necesario intensificar la dosis a 90 mg/3 meses. A pesar de ello, presentaba BSA 16% y PASI 14. Ante el fallo secundario a ustekinumab, se instauró tratamiento con guselkumab durante 2 años con leve mejoría, pero con persistencia de prurito y de lesiones (BSA 8/PASI 6). Por dicho motivo, se decidió cambio a tildrakizumab con mala respuesta inicial (BSA 10/PASI 8) (fallo primario). Por último, se decidió iniciar bimekizumab con muy buena respuesta a las 8 semanas de tratamiento con BSA 0,7% y PASI 2,3.

**Discusión.** Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la IL-17-A e IL17-F. Cuando se produce un cambio a bimekizumab desde otros biológicos que no alcanzaron PASI90, se consigue una respuesta rápida en las primeras semanas, alcanzando la mayoría de pacientes respuesta PASI90 en las primeras 4 semanas. Más del 90% de los pacientes mantienen dicha respuesta durante al menos 48 semanas e incluso aumenta la proporción de pacientes que alcanzan PASI100. Nuestro caso clínico, junto a la literatura previa, corrobora que una alta proporción de pacientes puede lograr y mantener una eliminación completa o casi completa de la psoriasis después de cambiar a bimekizumab desde una terapia biológica previa.

### P59. PATIENT REPORTED OUTCOMES, ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES CON PSORIASIS

J. Perales Pascual<sup>a</sup>, H. Navarro Aznarez<sup>a</sup>, M.R. Abad Sazatornil<sup>a</sup>, A. López Pérez<sup>a</sup>, A. Morales Callaghan<sup>b</sup>, T. Gracia Cazaña<sup>b</sup> e Y. Gilaberte Calzada<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Farmacia Hospitalaria y <sup>b</sup>Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Patient Reported Outcomes (PROs) hace referencia al resultado evaluado por el paciente y basado en la percepción de su enfermedad y tratamiento. El objetivo es determinar la adherencia, calidad de vida (CV) y satisfacción con el tratamiento de los pacientes en tratamiento con fármacos antipsoriásicos.

**Metodología.** Estudio observacional, transversal, prospectivo y unicéntrico en el que se realizaron encuestas PROs sobre adherencia (test de Morisky-Green [MG]), satisfacción con el tratamiento (cuestionario Español de Satisfacción de Tratamiento en Psoriasis [CESTEP]) y CV (Skindex-29 y DLQI). Otras variables recogidas: sexo, edad, adherencia de acuerdo al registro de dispensaciones, valor PASI/BSA en el momento del estudio. El análisis estadístico se realizó con Jamovi<sup>®</sup>2.3.26.

**Resultados.** Se realizaron 100 encuestas (53%(53/100) hombres; edad media: 54,6 ± 14,2 años. Del cuestionario MG se obtuvo que el 75% (75/100) eran pacientes adherentes y del registro de dispensaciones el 94% (94/100), del CESTEP se obtuvo una media de 7,4 ± 7,7 (resultado cercano a la máxima satisfacción 0, valores de satisfacción entre 0-48), del DLQI de 2,6 ± 4,57 (pequeño efecto en la CV) y de SKINDEX-29 14,6 ± 15,4 (68% presentan afectación leve (< 5) o muy leve (6-17) según interpretación de Nijsten et al. De la encuesta CESTEP se obtuvo un valor de p. Rho Spearman en relación con el PASI en el momento del estudio de 0,338 (p = 0,004), con el BSA de 0,255 (p = 0,050), con el resultado de DLQI de 0,508 (p < 0,001) y del Skindex 0,397 (p < 0,001). De la matriz de correlación entre el resultado del DLQI y el PASI en el momento del estudio de 0,365 (p = 0,002) y de BSA de 0,347 (p = 0,007). El resultado de Skindex-29 con PASI fue de 0,380 (p = 0,001) y con BSA de 0,295 (p = 0,022).

**Conclusión.** Los pacientes tratados presentan una buena calidad de vida, una alta adherencia al tratamiento sistémico y una alta satisfacción al mismo. Existe una correlación significativa entre satisfacción, CV y PASI-BSA en el momento del estudio.

### P60. INCIDENCIA DE ARTRITIS PSORIÁSICA ENTRE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB PARA LA PSORIASIS: PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA EN EL MUNDO REAL, ESTUDIO LOGIC

A. Khemis<sup>a</sup>, M. Ruer-Muller<sup>b</sup>, C. Bellagarde<sup>c</sup> y Z. Reguiaï<sup>d</sup>

*Dermatology. <sup>a</sup>Hospital of Nice. Nice (Provence-Alpes-Cote d Azur). <sup>b</sup>Le Bateau Blanc. Martigues (Provence-Alpes-Cote d Azur). <sup>c</sup>Novartis Pharma SAS. Rueil-Malmaison (Ile-de-France). <sup>d</sup>Polyclinic Courlancy. Reims (Champagne-Ardenne). Francia.*

**Antecedentes y objetivos.** Psoriasis (PsO), enfermedad sistémica crónica relacionada con artritis psoriásica (APs): ≈30% de pacientes (pts) PsO eventualmente desarrollarán APs. En promedio, 10 años (A) separan la aparición de ambas enfermedades. Secukinumab (SEC), aprobado para PsO en placas moderada-grave y APs. Aumenta la evidencia del efecto protector de fármacos biológicos en incidencia de APs. Analizamos la progresión de la enfermedad psoriásica en pts con SEC en vida real (VR).

**Materiales y métodos.** Estudio LOGIC, multicéntrico, retrospectivo, no intervencionista para describir incidencia de nuevos casos de APs en pts PsO y SEC durante ≥ 5A. Participaron 3 centros franceses (mayo-octubre 2022). Tasa de incidencia (TI), número de casos (APs)/100 pts-A, y su IC95%. Análisis de supervivencia (aparición APs), Kaplan-Meier.

**Resultados.** 422 pts: duración de la PsO 17,1A (62,7% > 10A). 18,8% IMC ≥ 30; 16,4% antecedentes familiares PsO/APs. IGA basal 3 (63,7%) y 4 (31,0%). Afectación cuero cabelludo 34,1%, uñas 13,6% y PsO inversa 14,6%. 23,0% pts bioexperimentados. Seguimiento medio 2,9A (8,0 meses-7,0 A). Se reportaron 11 casos de APs (2,6%), 81,8% con síntomas de hinchazón y dolor articular. TI de APs en 5A (por A) 0,7 [0,6;0,8]; 1,0 [0,9;1,0]; 0,9 [0,8;0,9]; 0,9 [0,8;0,9] y 1,0 [1,0;1,1]. El análisis Kaplan-Meier mostró TI de APs en 3A de 2,5% [1,2;5,2]. SEC se mantuvo en 7/11 pts por control de síntomas sin combinación de tratamientos. Entre los que desarrollaron APs, obesidad (≈50% IMC ≥ 30), PsO inversa (27,3%) y antecedentes familiares PsO/APs (27,3%).

**Conclusiones.** A pesar de los factores de riesgo (gravedad y topografía de la PsO), la TI de APs en pts con PsO y SEC en VR parece baja (1,0/100 pts-A/5A). En pts con APs, tendencia a obesidad y antecedentes familiares PsO/APs. Los pts con SEC parecen tardar más en desarrollar APs. El estudio informa sobre la intercepción de la PsO sugiriendo que la vía IL-17 puede proteger del desarrollo de APs. Se necesitan más estudios.

### P61. SUPERVIVENCIA Y EFECTIVIDAD DE SECUKINUMAB A LO LARGO DE CINCO AÑOS EN PACIENTES FRANCESES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE EN CONDICIONES DE VIDA REAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO LOGIC

A. Khemis<sup>a</sup>, M. Ruer-Muller<sup>b</sup>, C. Bellagarde<sup>c</sup> y Z. Reguiaï<sup>d</sup>

*Dermatology. <sup>a</sup>Hospital of Nice. Nice (Provence-Alpes-Cote d Azur). <sup>b</sup>Le Bateau Blanc. Martigues (Provence-Alpes-Cote d Azur). <sup>c</sup>Novartis Pharma SAS. Rueil-Malmaison (Ile-de-France). <sup>d</sup>Polyclinic Courlancy. Reims (Champagne-Ardenne). Francia.*

**Antecedentes y objetivos.** Psoriasis (PsO), enfermedad sistémica crónica que precisa tratamiento (tto) a largo plazo. Secukinumab (SEC), biológico aprobado para PsO en placas moderada-grave y artritis psoriásica, demuestra seguridad/eficacia en práctica real (PR).

**Materiales y métodos.** Estudio LOGIC, multicéntrico, retrospectivo, no intervencionista que describe y evalúa la supervivencia, efectividad y seguridad de SEC a 5 años (A) en PR en pacientes (pts) con PsO. Participaron 3 centros de Francia (mayo-octubre 2022). Eficacia evaluada por puntuación IGA; supervivencia por Kaplan-Meier.

**Resultados.** 422 pts: 63,0% hombres; 57,6% IMC ≥ 25; edad media 53,4A; duración de PsO 17,1A. 99,8% pts con SEC (según ficha técnica). 23,0% pts habían recibido ≥ 1 biológico previo (15,6% solo uno): anti-TNF-α (14,9%), anti-IL-12/IL-23 (10,4%). Seguimiento medio 2,9A (8,0 meses-7,0A). IGA basal 3 (63,7%) y 4 (31,0%). Mes 6: 93,5% pts alcanzaron IGA 0/1 y 86,9% IGA 0 (n = 214). De 422 pts, 14,5% discontinuó el tto (66,6% por ineficacia). Tasa de persistencia en pts naïve (n = 325) del 98,1%, 88,7%, 80,9%, 74,8% y 63,6% y en bioexperimentados (n = 97) del 96,9%, 84,2%, 72,8%, 64,9% y 61,6% a 1, 2, 3, 4 y 5A, respectivamente. Modelo de Cox multivariante: edad < 35A (HR 2,1; 1,2-3,7; p = 0,01), obesidad (HR 1,8; 1,1-3,1; p = 0,03) y duración de la enfermedad <25A (HR 2,3; 1,2-4,6; p = 0,02) parecen ser predictores negativos de supervivencia. Perfil de seguridad de SEC comparable al de ensayos clínicos, sin nuevas señales de seguridad/inesperadas.

**Conclusiones.** Alta tasa de persistencia de SEC a 5A a pesar del inicio tardío del tto, siendo mayor que la reportada por estudios recientes de PR, probablemente por la alta tasa de pts naïve (77,0%). Tasa de supervivencia numéricamente inferior en pts bioexperimentados. Edad, duración de la enfermedad y obesidad influyen en la supervivencia. Posibilidad de optimizar la dosis de ficha técnica (pts > 90 kg) con necesidad de herramientas que mejoren la adherencia.

**P62. PSORIASIS PUSTULOSAS DE DIFÍCIL MANEJO CON BUENA RESPUESTA A GUSELKUMAB**

E.G. Morales Tedone<sup>a</sup>, L. Charca Benavente<sup>b</sup>,  
E. Montesinos Villaescusa<sup>a</sup>, L. Martínez Casimiro<sup>a</sup>  
y Á. Revert Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

**Introducción.** La pustulosis palmoplantar (PPP) es una patología cutánea inflamatoria crónica en región palmoplantar. Clínicamente cursa con pústulas estériles aisladas y/o coalescentes recidivantes además de eritema, descamación y prurito, así como erosiones dolorosas y las fisuras pueden complicar su curso y provocar una reducción de la funcionalidad en relación con las actividades diarias. Es bien conocida la excelente respuesta de psoriasis en placas a guselkumab, sin embargo, tenemos pacientes con características peculiares, con mala respuesta a múltiples fármacos, para los cuales es necesario individualizar y personalizar tratamiento.

**Metodología.** Analizamos demográficamente y mediante medición de escalas a 4 pacientes mujeres, con PPP tratada con guselkumab, 3 de ellas en la larga evolución de su psoriasis habían tenido alguna placa de psoriasis en otras localizaciones, 2 tenían artritis psoriásica, 2 fibromialgia, 3 tenían importante afectación psicológica y todas habían sido refractarias a otros tratamientos tópicos y sistémicos.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia demuestra que guselkumab a dosis de 100 mg cada 8 horas puede ser considerada en pacientes con psoriasis pustulosas palmo-plantares, con artritis y de difícil manejo, aunque entendemos que hace falta más experiencia.

**P63. REAL-WORLD 4-YEAR EXPERIENCE WITH BRODALUMAB IN A PORTUGUESE COHORT OF PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE PSORIASIS**

P. Ferreira<sup>a</sup>, P. Mendes-Bastos<sup>a</sup>, M.J. Cruz<sup>b</sup>, J. Antunes<sup>c</sup>, F. Mota<sup>d</sup>  
and T. Torres<sup>e</sup>

<sup>a</sup>CUF Descobertas. Lisboa. <sup>b</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João. Oporto (Porto). <sup>c</sup>Centro Hospital Universitário de Lisboa Norte. Hospital de Santa Maria. Lisboa. <sup>d</sup>Hospital da Senhora da Oliveira. Guimarães (Braga). <sup>e</sup>Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Oporto (Porto). Portugal.

**Introduction.** Brodalumab is a fully human monoclonal IgG2 antibody approved for the treatment of moderate-to-severe psoriasis, employing a unique broad mechanism of action based on IL-17-receptor blockade. Objectives The aim of this study is to characterize a real-world population treated with brodalumab in five centers in Portugal mainland.

**Materials and methods.** This retrospective multi-center study included all psoriatic patients who initiated brodalumab following SmPC (210 mg at W0, W1, and W2 followed by 210 mg every 2 weeks) between January 2019 and January 2023 were included and evaluated.

**Results.** A total of 126 patients were included with a mean absolute PASI at baseline of 15±10 and a percentage of BSA at baseline of 28,5±17. The mean baseline DLQI was 17±9. The median disease duration was 16±14 years, and approximately 25% having a confirmed diagnosis of psoriatic arthritis, besides several other comorbidities. More than 50% of the population (74 patients) was biologic-naïve, while almost 25% (31 patients) had previously failed at least on anti-IL17A agent (secukinumab and/or ixekizumab). Regarding short-term efficacy, approximately 60% of patients achieved PASI 90 at week 4, and by week 12, 89,1% reached PASI 75, with approximately 80% and 60% achieving PASI 90 and PASI 100, respectively. The DLQI also significantly decreased at week 4, with a median of 2±5 remaining consistently low over the weeks. The drug survival rate was 77,8% at week 200 (approximately 50 months). During the study period, 15 patients discontinued treatment. In terms of overall safety, most patients did not report adverse events during the treatment with brodalumab.

**Conclusion.** These results demonstrate that therapy with brodalumab is effective, demonstrating rapid onset of action and sustained high efficacy levels for 4 years, with a favorable safety profile and a drug survival overall rate around 80%.

**P64. ESTUDIO DE POLIMORFISMOS COMO BIOMARCADORES DE RESPUESTA A BRODALUMAB**

B. Butrón Bris<sup>a</sup>, S. Armesto<sup>b</sup>, A. Sauquillo-Torralba<sup>c</sup>,  
J.A. Pujol Montcusí<sup>d</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>e</sup>, A. Romero Maté<sup>f</sup>,  
G. Rouston<sup>g</sup>, P. de la Cueva<sup>h</sup>, E. Vilarrasa Rull<sup>i</sup>,  
M.C. Ovejero Benito<sup>j</sup>, C. Palomar Moreno<sup>k</sup>, M. Navares<sup>l</sup>,  
F. Abad Santos<sup>l</sup>, H. de la Fuente Flores<sup>o</sup> y E. Daudén-Tello<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>b</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria).

<sup>c</sup>Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>d</sup>Hospital Universitario Joan

XXIII. Tarragona. <sup>e</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>f</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

<sup>g</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid).

<sup>h</sup>Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>i</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant

Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. <sup>j</sup>Departamento

de Ciencias Farmacéuticas y de la Salud. Facultad de Farmacia.

Universidad San Pablo-CEU. Hospital Universitario de La Princesa.

Madrid. <sup>k</sup>Unidad de Biología Molecular y <sup>l</sup>Farmacología Clínica.

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Brodalumab (BROD) es un anticuerpo monoclonal anti receptor de la interleucina 17, eficaz en la psoriasis (Ps) en placas moderada-grave. Objetivo del estudio: analizar la posible asociación de polimorfismos con la respuesta a BROD en pacientes con Ps en placas en práctica clínica. Se genotiparon 180 polimorfismos de genes relevantes en la inmunopatogénesis de la Ps. La respuesta al tratamiento se evaluó a los 6 y 12 meses mediante PASI absoluto  $\leq 3$ ,  $\leq 2$  y  $\leq 1$ . Se utilizó el método de arrastre de la última observación (LOCF). El análisis multivariante incluyó aquellas variables con  $p < 0,05$  en el univariante. Se analizaron un total de 127 pacientes (54% varones, edad media 51±13 años, IMC medio 29,4 ± 6,0, 21% naïve para biológico, 25% con artritis psoriásica). El análisis de eficacia mostró que el 82%, 72% y 64% alcanzaron un PASI absoluto  $\leq 3$ ,  $\leq 2$  y  $\leq 1$  respectivamente a los 6 meses de inicio del tratamiento. A los 12 meses los porcentajes fueron del 84%, 74% y 61% respectivamente. En el análisis de asociación, 5 pacientes fueron excluidos por errores en el genotipado. El análisis univariante mostró que no ser naïve para biológicos se asocia a no alcanzar un PASI absoluto  $\leq 3$ ,  $\leq 2$  y  $\leq 1$  a los 6 y 12 meses de iniciar BROD. No se encontró asociación con el peso, índice de masa corporal o el PASI basal y la respuesta a BROD. Tras corregir por el uso previo de biológicos, el análisis multivariante mostró que los polimorfismos rs1058885 (CSF1) y rs11096957 (TLR10) parecen ser un factor de riesgo para no alcanzar PASI  $\leq 1$  a los 6 meses, mientras que rs72167053 (PDE4D) resultó protector. A los 12 meses, rs92865 (GBP6), rs2284553 (IFNGR2), rs6840978 (IL21) y rs5744174 (TLR5) se asociaron con mayor riesgo de no alcanzar PASI  $\leq 1$ , y rs5030728 (TLR4) se relacionó con una mejor respuesta. En el presente estudio se detectan una serie de polimorfismos asociados con la respuesta/no respuesta a BROD en pacientes con Ps, lo cual pudiera contribuir a la individualización del tratamiento.

**P65. SUPERRESPUESTA A CORTO Y MEDIO PLAZO ¿LA RESPUESTA RÁPIDA Y COMPLETA ES UN PREDICTOR DE RESPUESTA MANTENIDA?**

M. Menéndez Sánchez, D. de la Vega Ruiz, J.S. Griffiths Achas,  
G. Dradi, A. Méndez Valdés, S. de Benito Mendieta,  
D.P. Ruiz Genao y J.L. López Esteban

<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). España.

Los fármacos biológicos han supuesto un antes y un después en el tratamiento de la psoriasis. Cada vez se les exige mayor rapidez de acción y tasas de respuesta, cobrando un interés especial los inhibidores de la IL23 por su esperable "lenta respuesta". De ahí surgió el concepto de superrespuesta (SR). A raíz de un estudio previo realizado en nuestro centro, en el que se definía a los pacientes SR como aquellos con un PASI 0 en la semana 16 y 24 de tratamiento, planteamos un nuevo estudio cuyo objetivo era analizar si esa SR se mantenía en el tiempo, en concreto, durante 52 semanas. El objetivo fue analizar qué factores se asociaban a esa SR, si dependía de características del paciente o del fármaco; y qué factores influyen en esa respuesta para que se mantenga a lo largo de las semanas. El estudio fue retrospectivo y observacional, unicéntrico, reclutando un total de 91 pacientes con psoriasis moderada-severa tratados con inhibidores de la interleucina 23 durante al menos 6 meses. De esos pacientes, 55 recibieron guselkumab, 27 risankizumab y 9 tildrakizumab. Un 22% de los pacientes tratados con tildrakizumab cumplían los criterios de sr, un 52% del grupo de risankizumab y un 41% del grupo de guselkumab. En múltiples estudios, como la publicación de Loft et al., se defiende que estas SR con los fármacos biológicos se relacionan con el peso y el número de tratamientos previamente realizados. Ruiz Villaverde et al. no encontraron diferencias significativas entre los pacientes SR y los no SR tratados con Guselkumab, en cuanto a características demográficas. Sin embargo, se observó que los pacientes SR lograban mejores respuestas y mejores supervivencias del fármaco hasta la semana 52 (sin ser significativas). Nuestro estudio pretende caracterizar a los pacientes SR, identificar la causa de esa SR y, si es posible, revelar si esa respuesta completa y rápida puede ayudarnos a predecir qué pacientes mantendrán una respuesta óptima a lo largo del tiempo

#### **P66. TRATAMIENTO PARA LA PSORIASIS MODERADA-SEVERA: OPCIONES TERAPÉUTICAS MÁS ALLÁ DE LOS FÁRMACOS SISTÉMICOS CON EXCELENTES RESULTADOS**

J.J. Amorós Oliva, E. Molina Figuera, M.J. Carrera Hernández, C. Romera de Blas, M. Cotarelo Hernández, N. Aranda Sánchez, M.V. Signes-Costa Smith, P. Blázquez Pérez, J. Moreno-Manzano García-Calvillo, E. Martínez Lorenzo, B.A. Gómez Dorado y C. Pérez Hortet

*Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel de presentación variable, curso crónico y evolución impredecible. Presentamos un caso donde vemos como un paciente con psoriasis moderada consigue grandes resultados terapéuticos solamente con la aplicación de la espuma de calcipotriol/betametasona.

**Caso clínico.** Paciente varón de 62 años que consulta por brote de lesiones cutáneas pruriginosas de 15 días de evolución en zonas de extensión de miembros, tronco y zona lumbar con importante perturbación emocional. A la exploración objetivamos placas eritematosas eccematosas de bordes netos escama blanquecina en superficie y costras hemorrágicas por rascado. Se diagnosticó de psoriasis moderada-grave en grandes placas con PASI 13,60 BSA 11% DLQI 12 y se inició tratamiento con calcipotriol/betametasona tópica en espuma 2 veces al día sobre todas las lesiones durante 1 mes. A las 5 semanas vimos resolución completa de lesiones así como mejoría en la calidad de vida del paciente siendo PASI 0,0 BSA 0% DLQI 0 por lo que se dio de alta.

**Discusión.** La espuma de calcipotriol/betametasona se basa en una formulación combinada de dosis fija de corticosteroides y un análogo sintético de la vitamina D3. En múltiples ensayos multicéntricos aleatorizados, el tratamiento durante 4 semanas con la resultó en una mayor proporción de pacientes que lograron el éxito del tratamiento evaluado en función del PASI 75, PASI 90 y DLQI en

comparación con el tratamiento de 4 semanas con los componentes individuales o la combinación de dosis fija de calcipotriol/ betametasona en pomada. Por su parte los eventos adversos fueron en su mayoría de gravedad leve o moderada y localizados en el sitio de aplicación.

**Conclusiones.** No olvidemos la espuma de calcipotriol/betametasona como una alternativa a los tratamientos sistémicos de cara al tratamiento de la psoriasis moderada-grave con potencia terapéutica y tolerabilidad superior a los corticoides y análogos de vitamina D usados por separado.

#### **P67. EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE GUSELKUMAB: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL CON UNA COHORTE DE 38 PACIENTES CON PSORIASIS GRAVE**

A. Zamora Ruiz, S. Merino Molina, M.D. Benedicto Maldonado, G.G. Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

*UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Objetivos.** Este estudio retrospectivo observacional evaluó la efectividad de guselkumab en pacientes con psoriasis en un entorno clínico real en un hospital de segundo nivel.

**Métodos.** Se incluyeron 38 pacientes tratados con guselkumab entre octubre de 2018 y septiembre de 2023, sin exclusiones. Se recopilaron datos demográficos, historial de tratamientos previos y gravedad basal de la psoriasis.

**Características de la cohorte.** Edad media de los pacientes de 53 años (desviación típica, SD = 14), 58% hombres, con peso medio 82,3 kg (SD 15,7), e IMC promedio 29,53 (SD 5,39). El 28,9% tenía artropatía psoriásica. Mediana de seguimiento: 76 semanas. Tratamientos previos incluyeron metotrexato (86,7%), Ustekinumab (55,2%), Adalimumab (39,5%). Gravedad basal: PASI 13, BSA 15, PGA 3,4 (SD 9,8; 16,8; y 0,9; respectivamente).

**Resultados.** PASI medio al mes del inicio 3,8; a 4 meses: PASI 1,69; a 6 meses: PASI 1,54; a 12 meses: PASI 2,12. Respuestas PASI: 69,2% al mes, 87% a 4 y 6 meses, 83,3% a 12 meses. Respuestas PASI 100 en 8, 20 y 17 pacientes (21,05%, 52,6%, 44,7%) a 1, 4, y 12 meses. Respuestas PASI 90 en 12, 24 y 22 pacientes (31,6%, 63,1%, 57,9%) a 1, 4, y 12 meses. Respuestas PASI 75 en 18, 28 y 28 pacientes (47,3%, 73,6%, 73,6%) a 1, 4, y 12 meses. De los 38 pacientes: 6 pacientes suspendieron el fármaco por ineficacia secundaria, 2 pacientes por ineficacia primaria, 1 paciente perdió el seguimiento y 2 pacientes fallecieron por causas no relacionadas con el tratamiento.

**Conclusiones.** Guselkumab demuestra, tras lo observado en nuestra práctica clínica habitual, ser un tratamiento efectivo y seguro para psoriasis grave en un hospital de segundo nivel. La alta respuesta PASI, la baja tasa de interrupciones por ineficacia y la seguridad observada respaldan su uso en pacientes con y sin experiencia previa en tratamientos biológicos. Destacamos su potencial como alternativa para pacientes con ineficacia secundaria a Ustekinumab, permitiendo un cambio sin pauta de inducción.

#### **P68. TRATAMIENTO CON RISANKIZUMAB DE PSORIASIS GRAVE REFRACTARIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN: A PROPÓSITO DE UN CASO Y PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS FUTURAS**

F. Gruber Velasco, N. Silvestre Torner, B. Romero Jiménez, C. Axpe Gil, M.J. Barros, A. Imbernón Moya y J. Román Sainz

*Servicio de Dermatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.*

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 37 años con antecedentes personales de enfermedad de Crohn y psoriasis grave

refractaria a múltiples tratamientos, incluyendo: fototerapia, acitretino, ciclosporina y metotrexato. Desde 2011 se trató con infliximab, intensificándose a partir de 2018 por pérdida de respuesta. En enero 2023 el paciente acude a consulta por brote de psoriasis grave generalizada (PASI 30 BSA 54 y DLQI 21) a pesar de tratamiento con infliximab. El paciente también nota empeoramiento en la intensidad de los brotes de la enfermedad de Crohn. En marzo 2023, se consensua con el servicio de digestivo el cambio de tratamiento a risankizumab. Se inicia el tratamiento, fuera de ficha técnica, a dosis de inducción de 600mg en las semanas 0, 4 y 8 seguido por una dosis de mantenimiento de 300 mg cada 8 semanas. Tras el tratamiento con inducción, el paciente mantiene una respuesta completa de la enfermedad (PASI 0, BSA0, DLQI) con buena tolerancia, que sostiene en la actualidad.

**Discusión.** Presentamos un caso de tratamiento con risankizumab para psoriasis grave refractaria, vinculado a enfermedad de Crohn de difícil control. La relación entre estas dos enfermedades está ampliamente documentada en la literatura. El tratamiento con risankizumab para enfermedad de Crohn fue estudiado en los ensayos clínicos multicéntricos, doble ciego: MOTIVATE y FORTIFY. Ambos demostraron la eficacia y seguridad de 3 dosis de inducción de risankizumab 600mg seguido 360mg cada 8 semanas como mantenimiento. Aunque la Food and Drug Association (FDA) y la European Medicines Agency (EMA) han aprobado el uso de risankizumab para la enfermedad de Crohn, actualmente la Agencia Española del Medicamento aún no ha incluido esta indicación en la ficha técnica.

**Conclusión.** Dada la asociación entre enfermedad de Crohn y psoriasis, risankizumab se ofrece como un buen tratamiento para el control de estas dos enfermedades en la práctica clínica real.

#### P69. EXPERIENCIA DE EMPLEO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA PITIRIASIS RUBRA PILARIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: SERIE DE 5 PACIENTES

D. Vírveda González, M. Córdoba García-Rayó, N. Medrano Martínez, L. Jiménez Briones, J. Martín-Nieto González, B. Rodríguez Sánchez, M. Campos Domínguez y O. Baniandrés Rodríguez

*Servicio de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La pitiriasis rubra pilaris (PRP) es una dermatosis sin manejo estandarizado por su carácter eventualmente autorresolutivo y su refractariedad terapéutica. Los fármacos biológicos han logrado rescatar casos refractarios con menos eventos adversos. Por ello, decidimos recoger nuestra experiencia del uso de biológicos en PRP.

**Métodos.** Desde 2010 a 2023 se recogieron casos de PRP de nuestro centro que precisaron al menos un tratamiento biológico.

**Resultados.** Se registraron 5 pacientes con diagnóstico clínico e histológico compatible con PRP, siendo la mayoría del subtipo I. Todos presentaron afectación cefálica, ungueal y palmoplantar. Un 80% desarrolló eritrodermia. Tres sujetos requirieron ingreso hospitalario. Todos recibieron acitretino y 80% inmunomoduladores clásicos antes de iniciar tratamiento biológico. Un sujeto recibió inhibidores factor de necrosis tumoral alfa con fracaso primario. Tres sujetos recibieron ustekinumab (2 naive a biológico, 1 segundo biológico) presentando uno fracaso primario y dos fracaso secundario. Dos sujetos recibieron inhibidores de la interleucina 17 (1 naive, 1 tercer biológico) siendo tratamiento definitivo en uno. Dos sujetos recibieron inhibidores de la interleucina 23 (ninguno naive) siendo tratamiento definitivo en uno. Tres sujetos lograron respuesta completa sin rebrote al suspender el biológico. En un paciente se identificó mutación en CARD14 manteniendo el tratamiento en la actualidad. Un paciente falleció antes de poder evaluar la respuesta.

**Discusión.** La PRP es una dermatosis papuloescamosa de etiopatogenia poco conocida. Clínicamente, se clasifica en subtipos, siendo el I el más frecuente en adultos. A nivel terapéutico, supone un reto, por su mala respuesta a los tratamientos habituales y la falta de ensayos clínicos dirigidos. Cada vez hay mayor evidencia del uso de biológicos en la PRP por sus similitudes patogénicas con la psoriasis pero todavía no hay suficientes datos para comparar entre biológicos.

#### P70. PSORIASIS PUSTULOSA INDUCIDA POR ATEZOLIZUMAB

G. Camiña-Conforto, L. Rusiñol, E. Carmona-Rocha y L. Puig

*Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Caso clínico.** Varón de 78 años, con carcinoma urotelial vesical metastático, en tratamiento con atezolizumab (anti-PDL1) desde enero de 2022 (tras progresar con gemcitabina, cisplatino y radioterapia). Con el inicio de la inmunoterapia debutó con lesiones psoriasisiformes aisladas, con buena evolución con calcipotriol/betametasona en espuma hasta junio, cuando presentó lesiones con pústulas periféricas en muslos y glúteos. La biopsia fue compatible con psoriasis pustulosa y los cultivos negativos. Se reinició tratamiento tópico, con mejoría y desaparición de las pústulas, sin suspender la inmunoterapia. En agosto presentó diseminación neoplásica y finalmente falleció sin que hubieran aparecido otros efectos adversos inmunomediados (EAI).

**Discusión.** Los EAI cutáneos son frecuentes, pudiendo predecir respuesta antitumoral a inmunoterapia antiPD-1/PD-L1 (inhibidores de checkpoint [IC]). Las manifestaciones más frecuentes de los EAI son el exantema maculopapular y prurito, aunque también exacerbación o debut (menos probable) de psoriasis. La inmunestimulación por IC puede contribuir a la patogénesis de la psoriasis vulgar (PV), enfermedad que representa el 4-4,4% del total de EAI cutáneos asociados a atezolizumab, predominantemente en varones. La psoriasis pustulosa generalizada es una variante de psoriasis con diferentes manifestaciones clínicas y respuesta a tratamiento. La mayoría de casos de psoriasis asociada a IC corresponden a PV en placas y clínicamente leves, aunque se han descrito formas pustulosas (palmoplantar y generalizada) asociadas a nivolumab. Los casos moderados-graves pueden requerir tratamiento biológico para evitar discontinuar la inmunoterapia, existiendo un caso reportado de PV inducida por atezolizumab tratada con éxito con ixekizumab.

**Conclusiones.** La psoriasis pustulosa es un EAI muy infrecuente y potencialmente grave, que requiere un manejo óptimo para mejorar la calidad de vida manteniendo en lo posible el tratamiento con IC.

#### P71. PSORIASIS Y PENFIGOIDE AMPOLLOSO: UN DESAFÍO CLÍNICO

R. Bueno Molina, L. Rodríguez Fernández-Freire, C. Cruz Catalán, J.C. Hernández Rodríguez, R. Barabash Neila y J. Conejo-Mir Sánchez

*Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Caso clínico.** Varón de 77 años con antecedente de psoriasis controlada con tópicos que acude a nuestras consultas en agosto de 2023 por presentar brotes de ampollas pruriginosas tras la infusión de docetaxel para el tratamiento de un carcinoma de próstata. A la exploración presenta placas eritematosas con escamas gruesas en tronco y miembros; así como ampollas tensas de contenido seroso. Nikolski negativo. No afectación palmo-plantar, ni de mucosas. Con

la sospecha de penfigoide ampolloso vs. toxicodermia ampollosa sobre psoriasis de base, se toman muestras para estudio histológico e inmunofluorescencia directa e indirecta. A pesar de tratamiento con prednisona 0,5 mg/kg, precisa ingreso por empeoramiento con afectación del 80% de la superficie corporal. En el estudio histológico se observa: “ampolla subepidérmica con presencia de eosinófilos en su interior” junto con positividad de anticuerpos anti membrana basal epidérmica > 1/320, diagnosticándose penfigoide ampolloso. Se aumenta la dosis de corticoides, con mejoría inicial del cuadro ampolloso, pero aparición de pústulas generalizadas a los 5 días, sospechándose una psoriasis pustulosa secundaria corticoides. Se inicia ciclosporina 150 mg/12 h con mejoría paulatina hasta su resolución completa.

**Discusión.** La incidencia del penfigoide ampolloso (PA) en pacientes con psoriasis en placas es mayor que en la población general. Pero su asociación con la psoriasis pustulosa es rara, con muy pocos casos descritos. En ellos, las lesiones ampollas siguen al tratamiento con fototerapia de la psoriasis o las lesiones pustulosas aparecen tras corticoides sistémicos para el PA en pacientes con psoriasis. El ambiente inflamatorio de la psoriasis produce alteraciones antigénicas en la membrana basal, induciendo el desarrollo de anticuerpos contra ella. Este fenómeno se intensifica al estar expuesto a factores desencadenantes. En nuestro caso, consideramos que el docetaxel ha sido un claro desencadenante.

#### P72. EFECTIVIDAD DE BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

L.F. Godoy Villalón, C.F. Figueroa Martín, A. San José Rodríguez, M.Z. Hernández Hernández y D. Luján Rodríguez

*Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). España.*

**Introducción.** Bimekizumab es el primer y único inhibidor dual selectivo de la IL-17 A e IL-17 F aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. Dada la reciente aprobación de bimekizumab, la experiencia en práctica clínica todavía es limitada.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de bimekizumab en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se realizó la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes tratados con bimekizumab durante el año 2023 en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

**Resultados.** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 10 pacientes hasta la fecha: 7 con psoriasis en placas, 2 con psoriasis palmoplantar y uno con psoriasis invertida. Todos fueron tratados según ficha técnica con bimekizumab 320 mg cada 4 semanas hasta la semana 16 y luego un mantenimiento con 320 mg cada 8 semanas. El PASI basal promedio de los pacientes con psoriasis en placas fue de 12.9. El 100% de los pacientes habían fracasado previamente a otros tratamientos biológicos y el 90% había recibido  $\geq 2$  tratamientos biológicos anteriormente. El PASI promedio de los pacientes con psoriasis en placas disminuyó significativamente de 12.9 a nivel basal a 2 en la semana 16. De los pacientes con psoriasis palmoplantar e invertida, dos de ellos alcanzaron respuesta PASI 75 y el tercero no respondió al tratamiento. No se identificaron efectos adversos graves.

**Conclusiones.** A la vista de los resultados obtenidos bimekizumab se plantea como una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de los pacientes con psoriasis en la práctica clínica real.

#### P73. LA INTERVENCIÓN TEMPRANA CON SECUKINUMAB PUEDE AFECTAR AL ESTABLECIMIENTO DE LA MEMORIA TISULAR EN LA PSORIASIS: RESULTADOS DE UN ANÁLISIS DE METILACIÓN DEL ADN

J.M. Carrascosa Carrillo<sup>a</sup>, C. Conrad<sup>b</sup>, S. Gaulis<sup>c</sup>, K. Bier<sup>c</sup>, J. Gudjonsson<sup>d</sup>, L. Eidsmo<sup>e</sup>, J. Kärner<sup>f</sup>, L. Iversen<sup>g</sup>, A. Constanzo<sup>h</sup>, P. Jagiello<sup>c</sup>, F. Kolbinger<sup>c</sup>, F. Lohmann<sup>c</sup> y E. Ferrero<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). España, <sup>b</sup>Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Lausana (Vaud). <sup>c</sup>Novartis, Basel (Basel-Stadt). Suiza. <sup>d</sup>University of Michigan. Ann Arbor (Michigan). Estados Unidos. <sup>e</sup>University of Copenhagen. Copenhagen (Frederiksborg). Dinamarca. <sup>f</sup>Karolinska Institutet. Stockholm (Stockholms Lan). Suecia. <sup>g</sup>Aarhus University Hospital. Aarhus. Dinamarca. <sup>h</sup>Humanitas University. Milano (Lombardia). Italia.

**Antecedentes y objetivos.** Los biológicos dirigidos a la vía de la interleucina (IL)-17A son eficaces en el tratamiento de la psoriasis en placas (PsO), pero las lesiones psoriásicas cutáneas a menudo reaparecen después de la interrupción del tratamiento, posiblemente impulsadas por una memoria tisular. Nuestra hipótesis es que la intervención temprana con secukinumab (SEC) en la PsO de nueva aparición (NA) puede conducir a un aclaramiento cutáneo sostenido impidiendo el establecimiento de memoria tisular.

**Métodos.** El subestudio mecanístico del ensayo STEPIn evaluó los cambios moleculares en la piel de pacientes con PsO en placas moderada-grave de NA ( $\leq 1$  año) y crónica ( $\geq 5$  años) tratados con SEC 300mg mediante la caracterización de biopsias lesionales (LS) recogidas al inicio (BL), semana (s) 16 y s52, con biopsias cutáneas no lesionales (NL) de la s52 como referencia. Los resultados publicados previamente mostraron que los transcriptomas de LS en BL eran relativamente similares entre cohortes, pero la normalización inducida por SEC en los niveles NL de expresión génica global y marcadores de la vía de IL-17 se produjo más rápido en pacientes con PsO de NA vs. crónica.

**Resultados.** El análisis epigenético reveló que las diferencias en la metilación del ADN observadas en la piel de LS se normalizaron solo en la cohorte de NA en la s52, mientras que en la cohorte crónica permaneció la metilación diferencial residual, sugiriendo una “cicatriz molecular”. La intersección de regiones metiladas diferencialmente no resueltas con la expresión génica, los loci conocidos de riesgo genético de PsO y el enriquecimiento en motivos del sitio de unión del factor de transcripción proporcionaron anotaciones funcionales y primeras perspectivas sobre los mecanismos moleculares que subyacen a la hipotética memoria tisular.

**Conclusiones.** La intervención temprana con SEC puede conducir a un aclaramiento cutáneo sostenido en pacientes con PsO al prevenir el establecimiento de memoria tisular.

#### P74. ESTUDIO DE LA INHIBICIÓN DEL RECEPTOR DE IL-17 CON BRODALUMAB SOBRE LA RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA Y LA EXPRESIÓN CITOQUÍNICA EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA Y GRAVE

A. Martínez López<sup>a</sup>, C. Cuenca Barrales<sup>a</sup>, M. Sánchez Díaz<sup>a</sup>, R. Sanabria de la Torre<sup>b</sup>, Á. Sierra Sánchez<sup>b</sup> y S. Arias Santiago<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Dermatología e <sup>b</sup>ibs. Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

**Introducción.** Brodalumab es un inhibidor monoclonal selectivo del receptor de la IL-17 que ha mostrado seguridad y eficacia en el manejo de los pacientes con psoriasis en placa grave. Sin embargo, hasta la fecha hay escasa evidencia sobre el perfil de seguridad en ciertas comorbilidades como la resistencia vascular periférica. Por

otro lado, el conocimiento de los efectos terapéuticos de distintos tratamientos sobre la expresión citoquinica sigue siendo escaso en el momento actual.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes con psoriasis en placas moderada y grave candidatos a tratamiento biológico que iban a iniciar tratamiento biológico con brodalumab. En todos los pacientes incluidos se recogieron variables epidemiológicas habituales. Además, se realizó una medición basal y a los 6 meses de parámetros de resistencia vascular periférica, como la velocidad de onda de pulso, el índice de aumento y el grosor de íntima media carotídea. Por otro lado, se realizaron mediciones de 96 citoquinas en los pacientes incluidos. Los datos obtenidos se compararon con otra cohorte de pacientes tratados con metotrexate.

**Resultados.** Se incluyeron 20 pacientes (10 tratados con brodalumab y 10 con metotrexate). El tratamiento con brodalumab mostró una diferencia estadísticamente significativa en la reducción del PASI y el BSA a los 6 meses de tratamiento. Asimismo, se observó una reducción de la velocidad de onda de pulso (de 7,27 a 6,46 m/s) y una disminución del grosor de íntima medio carotídeo (de 922,25 a 748,33) tras 6 meses de tratamiento con brodalumab.

**Conclusiones.** En nuestros días, el manejo de la enfermedad psoriásica va más allá de la mejoría cutánea y articular de la enfermedad. La presencia de tratamientos eficaces como brodalumab que, además, tengan un buen perfil de seguridad sobre las comorbilidades cardiovasculares, es necesaria para poder realizar un tratamiento completo de la patología.

#### P75. EFECTIVIDAD, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO CON TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS DE MODERADA A GRAVE EN UN ENTORNO DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: SUBANÁLISIS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA DE DATOS PRELIMINARES A SEMANA 28 DEL ESTUDIO DE FASE IV POSITIVE

E. Daudén Tello<sup>a</sup>, R. Izu Beloso<sup>b</sup>, D. Vidal Sarró<sup>c</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>d</sup>, U. Mrowietz<sup>e</sup>, R. Sommer<sup>f</sup> y M. Augustin<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). Madrid. <sup>b</sup>Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). <sup>c</sup>Hospital Moisès Broggi. Barcelona. <sup>d</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. <sup>e</sup>Psoriasis-Center. Department of Dermatology. University Medical Center Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Kiel (Schleswig-Holstein). <sup>f</sup>Institute for Health Services Research in Dermatology and Nursing (IVDP). University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE). Hamburgo (Hamburg). Alemania.

**Antecedentes y objetivos.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta profundamente el aspecto social, emocional, funcional y físico de los pacientes, lo que afecta su bienestar general. El objetivo fue evaluar la efectividad, el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la satisfacción con el tratamiento en pacientes españoles con psoriasis en placas de moderada a grave tratados con el inhibidor de la IL-23p19 tildrakizumab del estudio POSITIVE.

**Métodos.** POSITIVE es un estudio observacional multinacional fase IV, de 24 meses en adultos con psoriasis en placas de moderada a grave tratados según práctica clínica con tildrakizumab. La efectividad se evaluó mediante el PASI. El instrumento de CVRS fue el Índice de Calidad de Vida en Dermatología-Relevante (DLQI-R). La satisfacción con el tratamiento se evaluó mediante el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento para Medicamentos (TSQM-9). Presentamos resultados de la subpoblación de pacientes españoles del análisis preliminar observado a semana (S) 28 basado en datos disponibles.

**Resultados.** Se incluyeron 60 pacientes (56,7% hombres, edad media [DE] 47,5 [15,1]). La media (DE) del PASI disminuyó de 10,1 (6,8) en basal a 1,7 (2,6) en la S28 ( $p < 0,0001$ ). En la S28, el 90,2%/52,9% alcanzaron un PASI  $\leq 3/\leq 1$ . La media (DE) de DLQI-R disminuyó de 10,5 (7,8) en basal a 3,5 (5,9) en la S28 ( $p < 0,0001$ ). En la S28, el 38,2% de los pacientes alcanzó un DLQI-R 0-1,99. En la S28, las puntuaciones medias (DE) en las subescalas del TSQM-9 fueron 75,4 (23,5) para efectividad, 82,2 (16,9) para conveniencia y 77,3 (21,2) para satisfacción global.

**Conclusiones.** Los resultados son consistentes con los observados en la población total del estudio POSITIVE. Tildrakizumab mejoró significativamente el PASI y la CVRS, con altas tasas de satisfacción con el tratamiento en pacientes españoles con psoriasis en placas de moderada a grave después de 28 semanas en un entorno de práctica clínica habitual.

#### P76. PITIRIASIS RUBRA PILAR (PRP): BUENA A RESPUESTA A RISANKIZUMAB

C. Alonso Díez, Á. Aguado Vázquez, P. Villodre Lozano, I. Blay Simón y A. Mateu Puchades

*Dermatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.*

La pitiriasis rubra pilar (PRP) es una enfermedad crónica inflamatoria e infrecuente. Su variedad clásica se caracteriza por queratodermia palmo plantar, placas eritemato anaranjadas generalizadas que característicamente dejan islotes de piel respetada. Hasta la fecha no existe ninguna terapia biológica aprobada para el uso en PRP, sin embargo se han ido publicando casos clínicos aislados y series de casos cortas con diferentes terapias biológicas. Este hecho, se refleja en artículos recientes en los que posicionan a las terapias biológicas como opciones de tratamiento en estos casos dado la escasa respuesta que pueden tener con terapias convencionales como el acitetrino. Presentamos un caso de PRP clásica con gran limitación funcional con queratodermia palmo plantar grave, ectropion e intenso prurito que no respondió a terapia con acitretino, ustekinumab a dosis de 90 mg e ixekizumab 80 mg cada. 2 semanas. Finalmente en enero 2022 iniciamos risankizumab a dosis de ficha técnica consiguiendo hasta la fecha un óptimo control de su patología.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de PRP con buena respuesta a risankizumab. Hasta la fecha son pocos los casos reportados de PRP con este fármaco. En nuestra opinión el risankizumab estaría dentro de las opciones de tratamiento en estos casos refractarios ofreciendo datos de eficacia y un perfil de seguridad adecuado.

#### P77. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PSORIASIS MODERADA SEVERA: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN HOSPITALES DE CASTILLA-LA MANCHA

E. de Eusebio Murillo<sup>a</sup>, E. Martínez Lorenzo<sup>b</sup>, B. Díaz Martínez<sup>c</sup>, M.P. Sánchez Caminero<sup>d</sup>, J. Martínez Mariscal<sup>e</sup>, E. Molina Figueroa<sup>b</sup>, S. Alique García<sup>c</sup>, M. Montero García<sup>d</sup>, A. Martínez Fernández<sup>e</sup>, B.A. Gómez Dorado<sup>b</sup> y M.J. Izquierdo Estirado<sup>c</sup>

*Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. Hospital Virgen de La Luz. Cuenca. Hospital General Universitario. Ciudad Real. Hospital General Universitario. Guadalajara. España.*

**Introducción.** Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal de tipo IgG1/ $\kappa$  humanizado que se une de forma específica a la subunidad p19 de la citocina interleucina 23 (IL-23), sin unirse a la IL-12, e inhibe su interacción con el receptor de IL-23. Tiene indicación para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que son candidatos a tratamiento sistémico.

**Objetivo.** Realizar un estudio multicéntrico retrospectivo de 4 hospitales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en práctica clínica habitual de pacientes que han recibido tratamiento con tildrakizumab para el tratamiento de la psoriasis moderada grave. Valorar la eficacia y seguridad del fármaco en práctica habitual.

**Material y métodos.** Se recogieron 44 pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que habían iniciado tratamiento con tildrakizumab en condiciones de práctica clínica habitual entre enero de 2020 y septiembre de 2023 en 4 centros de Castilla-La Mancha. La administración de tildrakizumab se realizó según ficha técnica: dosis de 100 mg en inyección subcutánea en las semanas 0 y 4 y cada 12 semanas posteriormente. De cada paciente se recogieron características basales demográficas y clínicas, datos de eficacia y datos de seguridad hasta las 52 semanas de tratamiento. También se recogen efectos adversos. Los análisis se realizan a partir de los datos disponibles únicamente (observed cases).

**Resultados y conclusiones.** La edad media fue de 53,4 años y el 60% fueron varones. El 90% habían recibido terapias biológicas para la psoriasis previamente. Se observó una disminución de la severidad (PASI) así como del índice del DLQI. No se encontraron efectos adversos. Concluimos que la eficacia de tildrakizumab en nuestra práctica clínica ha sido superior a la referida en los ensayos clínicos publicados previamente.

#### P78. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 389 PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA DEL HOSPITAL DE VALME, SEVILLA

A. Pérez Gil<sup>a</sup>, J.M. Morón Ocaña<sup>a</sup>, C. Azábal Pérez<sup>b</sup> y R. Hernández Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología y* <sup>b</sup>*Reumatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La psoriasis (Pso) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades autoinmunes muy heterogéneas. La atención multidisciplinaria se postula como modelo a seguir en pacientes con comorbilidades y de difícil manejo.

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de 389 pacientes en seguimiento en la consulta multidisciplinaria de Pso y APs en un periodo de 4 años. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, eficacia cutánea y articular, e índices de calidad de vida. Análisis estadísticos Shapiro-Wilk y t-student en SPSS Inc. 2007 y GraphPad Prism 8.0.0.

**Resultados.** Se incluyeron 389 pacientes con edad media de 51,19 ± 12,79 años, el 51,9% eran mujeres. La media de la duración de la Pso fue de 12,53 ± 1,49 años y la APs de 10,24 ± 1,19. **Comorbilidades:** El IMC medio fue de 29,42 ± 5,85 presentando obesidad el 87% de los pacientes. El 49,2% fumadores, un 13,6% diabéticos y un 35,4% hipertensos. Presentaban algún MACE un 10,5% y datos de hígado graso un 28,79%. **Eficacia en global de pacientes tratados con biológicos (n:199):** el PASI absoluto inicial fue de 8,75, DLQI de 10,88 y DAPSA de 13,99, disminuyendo esos valores a 1,66; 3,82 y 8,81 respectivamente durante su seguimiento. **Tratamientos:** El 96,2% había recibido terapia tópica, el 35,3% fototerapia, el 77,8% tratamiento sistémico con FAME y un 55,7% tratamiento biológico. El metotrexato es el FAME más utilizado hasta en un 69,4% y en cuanto a los tratamientos biológicos el 52,06% estaban en primera línea, el 16,8% en segunda línea, el 6,10% en tercera, el 5,39% en cuarta línea y el 4% en quinta línea o superior. Los biológicos más utilizados en el momento de corte fueron los anti TNF con una frecuencia del 56,6%, 17% inhibidores de IL-23, 14,2% de inhibidores de IL-17, 11,8% inhibidor de IL 12/23 y 0,4% inhibidores JAK.

**Conclusiones.** La atención multidisciplinaria permite la posibilidad de llevar a cabo registros de pacientes que nos permitan tener un mayor conocimiento de ambas patologías.

#### P79. TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA: SERIE DE 11 CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

N. Silvestre Torner<sup>a</sup>, F. Gruber Velasco<sup>a</sup>, B. Romero Jiménez<sup>a</sup>, C. Axpe Gil<sup>a</sup>, P. Turiel Hernández<sup>b</sup>, M. Jiménez Meseguer<sup>c</sup>, J. Román Sainz<sup>a</sup> y A. Imbernón Moya<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología,* <sup>b</sup>*Reumatología y* <sup>c</sup>*Farmacia Hospitalaria. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid). España.*

**Antecedentes y objetivos.** Secukinumab es un anticuerpo monoclonal frente a la interleuquina 17A (IL-17A) indicado para la psoriasis y la artritis psoriásica (APs). El objetivo de este estudio es valorar la eficacia de secukinumab en práctica clínica real en pacientes con psoriasis y APs en un hospital terciario.

**Materiales y métodos.** Presentamos una serie retrospectiva de pacientes con diagnóstico concomitante de psoriasis y APs en tratamiento con secukinumab en diciembre de 2022. Entre las variables del estudio se incluyeron características demográficas, tratamientos previos y concomitantes, características relacionadas con la psoriasis y con la APs.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 11 pacientes. El 100% había recibido tratamiento sistémico clásico y el 64% (7/11) tratamiento biológico previo. Con respecto a la enfermedad cutánea, el 100% de los pacientes tenían una psoriasis grave previo al inicio de tratamiento con secukinumab. El 55% (6/11) de los pacientes presentaban afectación de localizaciones especiales. Con respecto a la enfermedad articular, el 45% (5/11) presentaban actividad de la enfermedad previo al inicio del tratamiento con secukinumab. La forma más frecuente de afectación articular fue la periférica con un 54% (6/11). El 13,3% (2/11) de los casos presentaban afectación axial. En el momento de la recogida de datos, el 73% (8/11) de los pacientes presentaba un PASI absoluto ≤ 1 y el 9% (1/11) un PASI absoluto ≤ 3. A nivel articular el 82% (9/11) se encontraban en remisión. El 100% de los pacientes con enfermedad axial se mantenían sin actividad. El 45% (5/11) de los pacientes empleaban secukinumab en monoterapia.

**Conclusiones.** Secukinumab es eficaz para el tratamiento de pacientes con psoriasis grave y APs. Aunque ha demostrado eficacia en todos los dominios de APs, secukinumab es el único fármaco biológico con un estudio específicamente diseñado para evaluar la APs axial, por lo que debe priorizarse su uso en estos casos.

#### P80. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RISANKIZUMAB EN PACIENTES NAÏVE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO A 2 AÑOS

M. Brufau Cochs<sup>a</sup>, E. Canal García<sup>b</sup>, E. del Alcázar Viladomiu<sup>b</sup>, J.M. Carrascosa<sup>b</sup>, J.M. Fernández Armenteros<sup>c</sup>, J.M. Fernández Armenteros<sup>d</sup>, M. Ferrán Farrés<sup>e</sup>, F. Gallardo Hernández<sup>e</sup>, J. Mollet Sánchez<sup>f</sup>, G. Aparicio Español<sup>f</sup>, R. Fornons Servent<sup>g</sup>, J. Notario Rosa<sup>g</sup>, J. Arandes Marrocchi<sup>h</sup>, E. Vilarrasa Rull<sup>i</sup>, A. López Ferrer<sup>i</sup>, L. Puig Sanz<sup>j</sup>, M. Sidro Sarto<sup>a</sup> y J. Riera Monroig<sup>a</sup>

*Dermatología.* <sup>a</sup>*Hospital Clínic. Barcelona.* <sup>b</sup>*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona).* <sup>c</sup>*Hospital de Viladecans. Viladecans (Barcelona).* <sup>d</sup>*Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.* <sup>e</sup>*Hospital del Mar. Barcelona.* <sup>f</sup>*Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.* <sup>g</sup>*Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.* <sup>h</sup>*Hospital Sagrado Corazón. Barcelona.* <sup>i</sup>*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El objetivo del presente trabajo es describir los resultados de efectividad y seguridad de risankizumab en pacientes naïve a corto y medio plazo.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva multicéntrica de pacientes mayores de 18 años con psoriasis (independientemente del tipo) que recibieron risankizumab como primer

fármaco biológico (naïve). Se registraron sus características basales, respuesta terapéutica y seguridad hasta la semana 104 de tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron 67 pacientes (43% mujeres), cuya media de edad fue de 57,7 años. La forma de psoriasis más frecuente fue en placas (92,5%). Un 19,40% presentaba afectación en forma de psoriasis invertida. Hasta un 30% de pacientes tenía antecedentes de malignidad, 77,6% tenía al menos 1 factor de riesgo cardiovascular y 20,9% presentaba tuberculosis latente. Además, hasta un 15% presentaba antecedente de infección por VHB, VHB o VHC. Las características basales de gravedad de la psoriasis fueron: PASI: 12,3 ± 6,6; BSA: 17,1 ± 13,7; DLQI: 13,8 ± 6,3. Tras un máximo de 2 años de seguimiento, se notificaron 7 abandonos del fármaco (1 por falta de eficacia, 1 por efecto adverso y 5 fueron por pérdida de seguimiento). A los 2 años, 15 pacientes completaron el seguimiento. Los resultados de eficacia a las semanas 4, 16, 52 y 104 fueron los siguientes: [PASI75: 46,5%, 84,0%; 92,9% y 93,3%]; [PASI 90: 34,9%; 72,0%; 89,3% y 86,7%]; [PASI100: 16,3%; 60,0%; 71,4% y 66,7%], con resultados similares en el subgrupo de psoriasis invertida. Más del 65% de pacientes mantuvo un PASI < 1 des de la semana 16. Hubo un total de 12 eventos adversos (10 leves y 2 moderados, siendo 38,4% infecciones respiratorias altas). No se notificaron eventos cardiovasculares mayores, reactivación de tuberculosis ni progresión de tumores malignos.

**Conclusiones.** Risankizumab muestra resultados en práctica clínica de eficacia y seguridad en pacientes naïve equiparables a los ensayos clínicos.

#### **P81. TRATAMIENTO CON RISANKIZUMAB DE UN PACIENTE CON PSORIASIS GRAVE Y SÍFILIS PRIMARIA**

M. Claudia Matei, A. Navarro Bielsa, M. Almenara-Blasco, L. Bernal Masferrer, I. Muelas Rives, I. Barandika Urrutia, A.M. Morales Callaghan y T. Gracia Cazaña

*Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

El tratamiento de un paciente con psoriasis y una infección activa supone siempre una dificultad añadida y nos obliga a elegir unos fármacos sobre otros atendiendo a la evidencia y experiencia en estas situaciones. La experiencia más amplia es con la tuberculosis (TBC) para la que el Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología (GPS) recomienda como una opción aceptable el risankizumab. Varón de 48 años que acudió a consulta por una psoriasis de 5 años de evolución con empeoramiento de la enfermedad en los últimos meses y falta de control con tratamientos tópicos. Como antecedentes personales destacaba una sífilis tardía que fue tratada con tres dosis de penicilina G benzatina. A la exploración física presentaba múltiples placas eritematodescamativas generalizadas con afectación de cuero cabelludo y onicopatía severa en pies y manos. Se solicitó una analítica sanguínea con serologías y una radiografía de tórax. El laboratorio de microbiología alertó de una prueba de Rapid Plasma Reagin (RPR) positiva. Se reinterrogó al paciente y se realizó una exploración física minuciosa, detectándose una úlcera indolora en mucosa gingival, con prueba polymerase chain reaction para treponema positiva, diagnosticando al paciente de chancro sífilítico y de sífilis primaria. Se pautó tratamiento con una dosis de penicilina G benzatina y tras un mes del tratamiento, iniciamos tratamiento con risankizumab, con blanqueamiento completo al mes y normalización de las pruebas reagínicas. Reportamos el caso de un paciente con psoriasis y sífilis primaria en tratamiento con risankizumab con buena respuesta de su psoriasis y sin complicaciones infecciosas añadidas. Es necesaria una exploración cutánea periódica, y si tienen factores de riesgo, solicitar serologías luéticas previamente al inicio de la terapia biológica y

regularmente durante el tratamiento. Actualmente no disponemos de un protocolo diagnóstico y terapéutico bien establecido para estos pacientes.

#### **P82. USO DE TILDRAKIZUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS Y TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO**

I. Muelas Rives, M. Almenara Blasco, L. Bernal Masferrer, B. Clemente Hernández, I. Barandika Urrutia, T. Gracia Cazaña, A.M. Morales Callaghan e Y. Gilaberte Calzada

*Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

Los fármacos biológicos han supuesto un gran avance en el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Existe poca experiencia de su uso en pacientes trasplantados por el riesgo aumentado de infecciones y neoplasias secundarias. La evidencia acerca de su eficacia y seguridad se basa en casos clínicos aislados o pequeñas series de casos. Un varón de 66 años, con síndrome metabólico, trasplante hepático en 2013 en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus oral, y psoriasis en placas de veinte años de evolución para la que había recibido corticoides tópicos y fototerapia, acudió a nuestra consulta por mal control de la psoriasis. Presentaba extensas placas eritematodescamativas, infiltradas, que afectaban a tronco y espalda, manos, codos, glúteos y cuero cabelludo. Inicialmente, con una puntuación en la escala PASI de 15,3 y un BSA de 35%, se inició tratamiento con tildrakizumab 100 mg cada 12 semanas. Tras las 10 primeras semanas, se evidenció una gran mejoría, disminuyendo el PASI a 6,40 y el BSA a 15%. Actualmente, tras un año, el paciente mantiene una buena respuesta (PASI 3,30 y BSA 5%), presentando buena tolerancia al fármaco y sin efectos adversos ni signos de rechazo. Hasta ahora solo se han encontrado 4 casos descritos de pacientes con trasplante de órgano sólido en tratamiento con biológicos para el control de la psoriasis. En todos los casos, el fármaco utilizado fue etanercept, debido a la gran experiencia de uso y al perfil de seguridad. Sin embargo, su eficacia en psoriasis es la menor respecto al resto de fármacos disponibles. Por otro lado, la IL-17 y la IL-23 tienen un papel proinflamatorio. Recientemente se ha demostrado que los niveles séricos de IL-23 e IL-17 en pacientes con rechazo y sin rechazo fueron similares en el periodo posttrasplante inmediato, aumentando durante los episodios de rechazo agudo. Este hecho podría apoyar la idea de usar inhibidores de la IL-23 como tildrakizumab como una diana perfecta en este perfil de pacientes.

#### **P83. ESPONDILODISCITIS ASOCIADA AL USO DE ADALIMUMAB: UN EFECTO SECUNDARIO A TENER EN CUENTA**

J. Ortiz Álvarez, L. Rodríguez Fernández-Freire, R. Barabash Neila, J.C. Hernández Rodríguez, M. Morillo Andújar y J. Conejo-Mir Sánchez

*UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Antecedentes y objetivos.** El tratamiento con adalimumab está extendido como primera línea para pacientes con psoriasis moderada-grave que requieren terapia biológica. La relación de los anti-TNF con un aumento de la frecuencia de infecciones de vías respiratorias altas y del desarrollo de tuberculosis es bien conocida. Sin embargo, existen otras infecciones menos incidentes que podrían estar relacionadas también con estos fármacos. Nuestro objetivo es comunicar un caso de infección poco frecuente asociado al uso de adalimumab en un paciente con psoriasis.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 66 años, hipertenso, con psoriasis grave e hiperuricemia sin otros antece-

dentos de interés. Previamente había realizado tratamiento con acitretino, suspendido por fracaso secundario, y ustekinumab, que se interrumpió por urticaria aguda asociada a su uso. Se inició tratamiento con adalimumab que se discontinúa unos meses por cambio de centro. A los dos meses de su reintroducción comienza con fiebre y lumbalgia, por los que precisa ingreso. En la resonancia magnética se aprecian cambios flemonosos en L2/L3 y se identifica *Streptococcus agalactiae*. Se inicia tratamiento antibiótico y se suspende adalimumab y, posteriormente, se inicia guselkumab con buena evolución tanto del proceso infeccioso como del cutáneo.

**Discusión y conclusiones.** Aunque adalimumab es un fármaco muy seguro, en ocasiones, puede asociarse a complicaciones graves, entre ellas ciertas infecciones. La espondilodiscitis es una infección poco frecuente del disco intervertebral y de las vértebras adyacentes. El signo guía suele ser el dolor insidioso lumbar de perfil inflamatorio, síntoma frecuente en población general y en pacientes con psoriasis, motivo por el que el diagnóstico suele demorarse. Nuestro caso señala que el dolor lumbar de perfil inflamatorio durante el tratamiento con adalimumab debe evaluarse con cautela, ya que puede tratarse de un proceso infeccioso.

#### P84. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ANDALUZ EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL SOBRE LA EFICACIA DE BIMEKIZUMAB A CORTO PLAZO

M. Galán Gutiérrez<sup>a</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>b</sup>, J.C. Armario Hita<sup>c</sup>, Carlos Hernández Montoya<sup>d</sup> y R. Ruiz Villaverde<sup>e</sup>

*Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). <sup>d</sup>Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). <sup>e</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Introducción.** Bimekizumab (BMK) es anticuerpo monoclonal humanizado que se une (selectivamente y con alta afinidad) a las citocina IL-17A e IL-17F. Está autorizado para el tratamiento de psoriasis en placas de moderada a grave en adultos que son candidatos a tratamiento sistémico. La autorización de BMK se ha basado en los resultados de tres ensayos clínicos de fase III multicéntricos, aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo o comparador activo (BE SURE, BE VIVID y BE READY)

**Material y métodos.** Estudio observacional multicéntrico retrospectivo en práctica clínica real de cinco hospitales andaluces que incluye pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave en tratamiento con BMK, entre marzo de 2023 y diciembre de 2023. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Cecilio. Los análisis se realizaron "según lo observado" utilizando GraphPad Prism versión 8.3.0 para Windows. Se ha realizado un análisis descriptivo, tanto de las variables de respuesta evaluadas (efectividad global y actividad mínima de la enfermedad (AME)) a lo largo del periodo de seguimiento, como de las variables clínicas y demográficas.

**Resultados.** Evaluamos a 22 pacientes, con seguimiento mínimo de 16 semanas. Todos mostraron una gran mejoría de su afectación, que además fue muy rápida. El PASI medio basal pasó de 15,7 a 0,4 en semana 16. La superficie corporal afectada (BSA) pasó de un valor basal medio de 20,7 a 0,43 en semana 16. De forma específica valoramos la obtención o no del AME en nuestros pacientes, apreciando en semana 4 que 15 de nuestros 22 pacientes (68%) lo habían obtenido. En semana 16, 21 pacientes, habían alcanzado los parámetros de AME.

**Discusión.** Los pacientes mostraron una respuesta rápida y sostenida con bimekizumab. El fármaco fue bien tolerado y no hubo eventos adversos destacables. Los resultados de nuestro trabajo

indican un excelente comportamiento de BMK en alcanzar el AME en el corto plazo (tanto a 4 como a 16 semanas).

#### P85. PSORIASIS DE TIPO ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO RECALCITRANTE: RESPUESTA A RISANKIZUMAB

M.L. Alonso Pacheco<sup>a</sup>, M.F. Albizuri Prado<sup>a</sup>, R.A. Feltes Ochoa<sup>a</sup>, M. Mayor Arenal<sup>a</sup>, M.J. Beato Merino<sup>b</sup> y P. Herranz Pinto<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

El eritema anular centrífugo (EAC) es una enfermedad inflamatoria rara clasificada dentro de los eritemas figurados. La psoriasis de tipo EAC fue descrita en 1959 como una variante rara de psoriasis. Las lesiones y el curso clínico se asemejan a los del EAC, pudiendo evolucionar de novo, con o a partir de placas de psoriasis vulgar o pustulosa. Presentamos el caso de un varón de 70 años, con antecedentes familiares de psoriasis, que padecía brotes de placas eritematosas anulares de borde sobrelevado, con un collarite lineal descamativo (trailing scale) en su margen interno, desde los 30 años. Varias biopsias cutáneas arrojaron el diagnóstico de probable psoriasis. A partir de los 65 años desarrolló onicólisis e hiperqueratosis subungueal en varias láminas ungueales. La biopsia tanto del lecho como de la lámina ungueal fueron compatibles con psoriasis. Fueron infructuosos o poco eficaces: corticoides tópicos potentes solos o asociados a calcipotriol, ciclosporina, acitretina + UVBbe y metotrexato. No toleró apremilast, ni dimetilfumarato. Con risankizumab obtuvo una respuesta clínica adecuada en semana 16, siendo de blanqueamiento completo a nivel ungueal, que se ha mantenido hasta la actualidad. El exantema compatible con un EAC y su histología, junto con los antecedentes familiares y los hallazgos clínico-patológicos ungueales, hacen a nuestro caso asimilable al concepto de psoriasis de tipo EAC. La rareza de esta eventual variante de psoriasis, y el hecho de que no se hayan descrito nuevos pacientes desde 2003, nos obliga a plantearnos que se trate, no obstante, de un EAC con una onicopatía psoriásica concomitante. Se ha sugerido que la patogenia del EAC pudiera estar mediada por una respuesta Th1. En este sentido, destacamos el hallazgo en la literatura de 3 casos recalcitrantes de EAC que respondieron, respectivamente, a etanercept, apremilast y upadacitinib; y la aparición de un EAC en un paciente con psoriasis durante el tratamiento con ustekinumab.

#### P86. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE HOSPITALES ANDALUCES CON BIMEKIZUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS MODERADO-GRAVE Y COMPROMISO DE LOCALIZACIONES DE DIFÍCIL TRATAMIENTO

R. Ruiz Villaverde<sup>a</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>b</sup>, J.C. Armario Hita<sup>c</sup>, C. Hernández Montoya<sup>d</sup> y M. Galán Gutiérrez<sup>e</sup>

*Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. <sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). <sup>d</sup>Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). <sup>e</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Introducción.** Bimekizumab (BMK) es anticuerpo monoclonal humanizado que se une (selectivamente y con alta afinidad) a las citocina IL-17A e IL-17F), autorizado para el tratamiento de psoriasis en placas moderada-grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico.

**Material y métodos.** Estudio observacional multicéntrico retrospectivo en práctica clínica real de cinco hospitales andaluces en pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave en tratamiento con BMK entre marzo y diciembre de 2023. El estudio ha

sido aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Cecilio (HUSC-DERM-2023\_004). Los análisis se realizaron “según lo observado” utilizando GraphPad Prism versión 8.3.0 para Windows. Se ha realizado un análisis descriptivo, tanto de las variables de respuesta evaluadas a lo largo del periodo de seguimiento (efectividad local y localizaciones especiales), como de las variables clínicas y demográficas.

**Resultados.** Incluimos un total de 22 pacientes (10 hombres y 12 mujeres), con seguimiento mínimo de 16 semanas. El 45,5% tenía afectación ungueal, el 72,7% mostraban afectación de cuero cabelludo, el 13,6% afectación palmo-plantar y el 54,5% psoriasis invertido, (41% genital). Tenían artropatía psoriásica 3 de ellos. De los 19 pacientes que presentaban una o más de esta afectación, todos mostraron mejoría completa de las lesiones a excepción de 1 paciente, que presentaba afectación de cuero cabelludo, ungueal y genital, que aunque presentó mejoría de las mismas, no alcanzó un aclaramiento completo en genitales y uñas.

**Conclusión.** BMK mostró excelentes resultados de eficacia, seguridad y supervivencia en el control de la PsO en la práctica clínica real. La afectación en localizaciones difíciles de tratar mejoró desde la primera administración sin diferencias significativas según el biológico previo, mostrándose una alternativa terapéutica de garantías ante pacientes que presenten esta afectación.

### P87. UTILIDAD DE UPADACITINIB EN DOS CASOS DE ‘OVERLAP’ PSORIASIS DERMATITIS INDUCIDO POR TRATAMIENTO BIOLÓGICO

M. Pozuelo Ruiz, R.D. Palacios Díaz, D. Martín Torregrosa, M. Mansilla Polo, M.A. Lasheras Pérez, F. Navarro Blanco, A. Sahuquillo Torralba y C. Pujol Marco

*Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.*

**Antecedentes.** Se ha propuesto que la dermatitis atópica (DA) y la psoriasis son polos opuestos de un mismo espectro de enfermedad, lo que explica la coexistencia de ambas patologías en individuos predispuestos, la llamada psoriasis dermatitis. Una de las formas de este ‘overlap’ es la que se produce en contexto de tratamiento con fármacos biológicos, tanto para DA como para psoriasis. Aquí las opciones terapéuticas quedan limitadas y lo óptimo es optar por un tratamiento común. En este trabajo presentamos dos casos tratados con upadacitinib.

**Caso 1.** Mujer de 30 años con psoriasis en placas desarrolla de forma progresiva lesiones de prurigo nodular y de eccema liquenificado con distribución de dermatitis atópica, durante el tratamiento con ixekizumab y empeorando al cambio a risankizumab. En la analítica se observa un aumento importante de inmunoglobulina E. Como antecedentes personales destacan obesidad y asma bronquial.

**Caso 2.** Hombre de 56 años con dermatitis atópica de 2 años de evolución recibe tratamiento con dupilumab tras fallo a ciclosporina, con buena respuesta. A los 4 meses desarrolla lesiones psoriasisiformes en localizaciones distintas a las de eccema: codos, dorso de manos, tobillos y piernas. En los dos casos se decide cambio a upadacitinib 30 mg/día, alcanzando ambos una respuesta rápida, completa y sostenida.

**Discusión y conclusiones.** La inducción de psoriasis o dermatitis atópica por tratamiento biológico es un efecto adverso infrecuente y parece deberse más bien a factores relacionados con el paciente. En personas predispuestas, el bloqueo específico de una vía inflamatoria (Th17 / Th2 - IL13, 4) puede producir una mayor activación de la otra y por tanto el cambio de fenotipo clínico y en los hallazgos histológicos. Los inhibidores de JAK pueden ser de utilidad en este escenario al bloquear ambas vías. Upadacitinib está indicado en dermatitis atópica moderada-

grave y en artritis psoriásica, y es creciente la evidencia de su eficacia en psoriasis cutánea.

### P88. IMPLEMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO PURE-4 EN LA DETECCIÓN DE ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J.J. Vega Castillo<sup>a</sup>, C. Caro Hernández<sup>b</sup> y F.J. de la Torre Gomar<sup>a</sup>

*Departamentos de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril (Granada). España.*

**Antecedentes.** Hasta el 40% de los pacientes con psoriasis (Ps) desarrollan artritis psoriásica (APs), una forma. El papel del dermatólogo es capital en la detección temprana de la APs, pues la afectación cutánea normalmente antecede a la articular. La escala PURE-4 es una herramienta clínica de fácil uso que valora los 4 dominios con mayor peso diagnóstico de APs en pacientes con Ps. Sin embargo, son escasas las publicaciones acerca de su uso en práctica clínica real.

**Objetivos.** Objetivo principal: estudiar la prevalencia de APs diagnosticada por Reumatología en función de la utilización en práctica clínica del cuestionario PURE-4.

**Metodología.** Estudio transversal en práctica clínica real no intervencionista. Se recogen de forma retrospectiva los pacientes derivados a Reumatología con sospecha de APs y se observa a cuáles se les ha realizado el cuestionario PURE-4 y a cuáles no, y en cuáles se ha confirmado el diagnóstico de APs. Se recogen datos referentes a edad, sexo, gravedad de la enfermedad, tratamiento biológico o no en el momento del diagnóstico de APs, y presencia o no de áreas de Ps difíciles de tratar.

**Resultados.** Cincuenta y dos pacientes (mediana de edad 51 años, 57,7% mujeres). 21 pacientes (40,4%) con APs confirmada comparados con 31 pacientes (59,6%) sin APs confirmada. 16 (31%) presentaban Ps grave y 11 (21%) realizaban tratamiento biológico en el momento del diagnóstico de la APs. De los pacientes con APs, a 12 pacientes con APs se les aplicó la escala PURE-4 y a 9 no. De los pacientes sin APs, a 13 pacientes se les aplicó la escala y a 18 pacientes no. El 48% (12/25) de los pacientes derivados cribados mediante escala PURE-4 (puntuación  $\geq 1$ ) fue diagnosticado de APs. Por contra, únicamente en el 33,3% (9/27) de los pacientes derivados sin aplicar la escala PURE-4 se confirmó el diagnóstico de APs.

**Conclusiones.** Los datos de nuestro estudio en práctica clínica real apoyan el uso del cuestionario PURE-4 para el cribado de APs en consultas de Dermatología.

### P89. VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA CUTÁNEA: EMPEORAMIENTO CON SECUKINUMAB Y PERSISTENCIA CON CAMBIO A GUSELKUMAB EN PACIENTE CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

S. Berenguer-Ruiz<sup>a</sup>, M. Aparicio-Domínguez<sup>a</sup>, R. García-Vicuña<sup>b</sup>, A. Jiménez-Sánchez<sup>a</sup>, M. Olivares-Guerrero<sup>a</sup>, E. Daudén<sup>a</sup> y M. Llamas-Velasco<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.*

**Introducción.** La vasculitis leucocitoclástica cutánea (VLC) puede presentarse como entidad primaria o secundaria. Se han descrito casos de VLC inducida por tratamientos biológicos (TB).

**Caso clínico.** Mujer de 68 años con psoriasis y artritis psoriásica en tratamiento con apremilast durante más de 3 años. Consultó por el desarrollo de lesiones purpúricas en piernas. El estudio histológico reveló una vasculitis leucocitoclástica (VLC) con inmunofluorescencia directa negativa. La analítica fue normal. No infecciones o vacunas recientes. La clínica mejoró con corticoides (CS) en pauta descendente. Debido al insuficiente control de la

psoriasis, se suspendió apremilast y se inició secukinumab (SEC). Al mes de tratamiento, se observó un gran empeoramiento con extensión de la VLC a muslos, abdomen y tronco. Tras 2 meses con pautas intermitentes de CS se interrumpió SEC para valorar la relación con la actividad de la VLC. La clínica se resolvió pero con recidiva inmediata tras el reinicio. Suspendimos SEC y tras lograr resolución completa iniciamos guselkumab (GUS). A las 2 semanas de tratamiento, la paciente presentó nuevos brotes que persisten hasta la actualidad.

**Discusión.** Se han documentado 7 casos que relacionan SEC y VLC, resaltando la resolución tras la suspensión del tratamiento o el cambio de la diana, pero sin comunicarse a la evolución a largo plazo. No se han descrito casos que relacionen GUS y VLC. En ausencia de seguimiento es posible que, en nuestro caso, se hubiese atribuido el empeoramiento y cronificación de la VLC exclusivamente a SEC. Aunque en un 10% de los casos la VLC idiopática se cronifica presentándose en brotes recurrentes, el TB podría desempeñar un papel en el desarrollo y mantenimiento del proceso inmunológico de la VLC.

**Conclusiones.** Presentamos un caso de VLC cutánea recidivante, con buen control tras la suspensión de SEC y recidiva con GUS, destacando la importancia del seguimiento en estos casos.

#### **P90. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DE UNA SERIE DE 5 CASOS**

C. Romera de Blas, M. Cotarelo Hernández, N. Aranda Sánchez, M.V. Signes-Costa Smith, M.J. Carrera Hernández, J.J. Amorós Oliva, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo, P. Blázquez Pérez, L. Carbonero Jiménez, S. Plata Clemente, C. Pérez Hortet y E. Martínez Lorenzo

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La elección de un tratamiento adecuado en pacientes mayores de 65 años con psoriasis moderada-grave es un desafío debido a las comorbilidades, polifarmacia y efectos adversos. El objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de tildrakizumab en pacientes mayores de 65 años en práctica clínica real en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Serie observacional, retrospectiva y unicéntrica. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años con psoriasis moderada-grave que iniciaron tratamiento con tildrakizumab según ficha técnica. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades y tratamientos previos. Se evaluó la eficacia a la semana 16 y 48 mediante los índices PASI y BSA, y se registraron los efectos adversos reportados.

**Resultados.** Se incluyeron 5 pacientes, 2 varones y 3 mujeres, con una edad media de 75 años. 4 pacientes presentaban psoriasis en placas y uno pustulosis exantemática. Como comorbilidades presentaban: factores de riesgo cardiovascular (3), insuficiencia cardiaca (1), hígado graso (2), infección por virus hepatitis B crónica asintomática (1), tuberculosis latente tratada (1), cáncer de colon hace más de 10 años (1) y carcinoma broncogénico (1) al que se pautó tratamiento a petición del paciente para control de síntomas. Todos los pacientes habían recibido tratamientos sistémicos previos con metotrexato (2), ciclosporina (2), acitretino (2), apremilast (3) y 2 recibieron tratamiento biológico con adalimumab (1) y ustekinumab (1). El PASI basal fue 10,8 y BSA 8,3. A la semana 16, el 80% alcanzó PASI75 y el 20% PASI100. A la semana 48 alcanzó PASI90 el paciente que no había alcanzado PASI75 previamente. Durante el tratamiento un paciente presentó hipertrigliceridemia e hipertransaminasemia, en relación con su patología basal, y un paciente falleció por su neoplasia pulmonar.

**Conclusiones.** Tildrakizumab puede ser una opción terapéutica eficaz y segura a considerar en pacientes mayores de 65 años con psoriasis moderada-grave.

#### **P91. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS EN PLACAS EN VIDA REAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

C. Gutiérrez Collar<sup>a</sup>, S. Sánchez Fernández<sup>b</sup>, C. Calvo Asín<sup>a</sup>, B. González Rodríguez<sup>a</sup>, A. Wang<sup>a</sup>, M.C. García Donoso<sup>a</sup>, J. Arroyo Andrés<sup>a</sup> y R. Rivera Díaz<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre (imas12). Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción y objetivo.** Bimekizumab es el único anticuerpo monoclonal que inhibe la interleucina 17 A y F, aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. El objetivo de este estudio es valorar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en la práctica clínica habitual en nuestro hospital.

**Materiales y métodos.** Realizamos un estudio observacional retrospectivo en el que incluimos a todos los pacientes tratados con bimekizumab en nuestra práctica clínica habitual. Se estudian las diferentes variables demográficas de los pacientes, la historia de psoriasis y comorbilidades. Para la valoración de la respuesta al tratamiento se valoró la reducción del Psoriasis Area and Severity Index (PASI) basal y a la semana 12-16; además, en dicha semana, se valoraron los pacientes que alcanzaron PASI < 3 y PASI = 0. En aquellos pacientes con formas especiales, se valoró el Physician's Global Assessment (PGA). Durante el seguimiento se recogieron los acontecimientos adversos.

**Resultados.** El estudio incluye los datos de 10 pacientes, 8 de ellos con psoriasis en placas moderada-grave y 2 con formas especiales. De los 8 pacientes con psoriasis en placas, el PASI basal medio fue de 11.63, y el PASI medio en la semana 12-16 fue de 0.8, teniendo en cuenta únicamente los 6 pacientes que alcanzaron dicha semana de seguimiento. De estos 6 pacientes, el 100% alcanzó PASI < 3, y el 66,67% (4) alcanzaron PASI = 0. No se encontraron diferencias significativas en las variables analizadas entre los pacientes que alcanzaron PASI 0 y los que no. En cuanto a los pacientes con formas especiales, presentaban un PGA basal de 3 y a la semana 12-16 de 1. Como acontecimientos adversos solo se reportó un caso de candidiasis y 3 de infecciones banales. Hubo una suspensión del fármaco por falta de respuesta cutánea.

**Conclusiones.** A pesar del tamaño muestral tan reducido, nuestro estudio apoya los datos de efectividad, rapidez de acción y seguridad que se han publicado sobre bimekizumab.

#### **P92. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD A 1,5 AÑOS DE TILDRAKIZUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS EN PLACAS EN VIDA REAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

B. González Rodríguez<sup>a</sup>, L. Calderón Lozano<sup>a</sup>, A. Wang<sup>a</sup>, M.C. García Donoso<sup>a</sup>, S. Sánchez Fernández<sup>b</sup> y R. Rivera Díaz<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología. <sup>b</sup>Instituto de Investigación Sanitaria (imas12). Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

Tildrakizumab es un anticuerpo monoclonal IgG con diana en la IL-23, aprobado para la psoriasis en placas moderada o grave. El objetivo de nuestro estudio es valorar la efectividad y seguridad de Tildrakizumab a 1,5 años en la práctica clínica habitual de nuestro hospital, en un estudio observacional retrospectivo con pacientes entre 2021 y 2023. Estudiamos las características demográficas de los pacientes y sus comorbilidades. Para la valoración de la res-

puesta al tratamiento se utilizó la escala Psoriasis Area and Severity Index (PASI) absoluto (PASI < 3 y PASI < 5). Durante el seguimiento, se recogieron los acontecimientos adversos (AA) reportados durante el tratamiento. Presentamos datos de 18 pacientes, con una media de edad de 55,38 años e IMC medio de 29.56. Algunas de las comorbilidades más frecuentes fueron los eventos cardiovasculares, dislipemia, e hipertensión arterial. El 44% de los pacientes habían recibido previamente terapia biológica. En cuanto a la efectividad, el PASI basal medio fue de 7.52. El PASI medio en el seguimiento fue de 1.54 a semana 14, de 1,9 a semana 24, de 1 a semana 50, y de 0,5 al año y medio de seguimiento. Respecto a PASI absoluto, a semana 12-16, el 72% de los pacientes había alcanzado un PASI 5, mientras que el 61% habían alcanzado PASI 3, similares a otras series reportadas. Se reportaron dos acontecimientos adversos graves, uno atribuido como probablemente secundario al tratamiento (neumonía bilateral), que no supusieron discontinuaciones de til-drakizumab. Este hallazgo es concorde con otras series (acontecimientos adversos graves en el 10%). Las principales limitaciones de nuestro estudio son su diseño retrospectivo, el tamaño muestral limitado, el tiempo de seguimiento y la falta de estandarización de las revisiones, lo cual impide mantener en cada visita al mismo número de pacientes. Encontramos, sin embargo, una alta efectividad a corto plazo similar a la reportada en otros estudios en práctica clínica real.

### P93. ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE RISANKIZUMAB EN EL MANEJO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

F.J. Mataix Díaz<sup>a</sup>, S. Santos Alarcón<sup>b</sup>, I. Belinchón Romero<sup>c</sup>, L. García Fernández<sup>d</sup>, L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>e</sup>, P.J. Álvarez Chinchilla<sup>f</sup>, F. Toledo Alberola<sup>g</sup>, F.J. Melgosa Ramos<sup>h</sup>, M. Ferrán Farrés<sup>h</sup>, M. Castellanos González<sup>i</sup>, A. Mateu Puchades<sup>j</sup>, J. Magdaleno Tapial<sup>k</sup>, S. Medina Montalvo<sup>l</sup>, M.A. Ballester Martínez<sup>m</sup> y E. Rull Villarasa<sup>n</sup>

*Dermatología.* <sup>a</sup>Hospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa/ La Vila Joiosa (Alicante). <sup>b</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/ Alcoy (Alicante). <sup>c</sup>Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. <sup>d</sup>Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>e</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>f</sup>Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante). <sup>g</sup>Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva (Valencia). <sup>h</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>i</sup>Hospital del Sureste. Arganda del Rey (Madrid). <sup>j</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>k</sup>Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. <sup>l</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). <sup>m</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>n</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad de risankizumab en pacientes con psoriasis moderada-grave y antecedentes de neoplasia en condiciones de práctica clínica real.

**Materiales y métodos.** Se analizaron datos de 50 pacientes de 14 centros nacionales. La edad media de los pacientes fue de 64 años, con un IMC medio 30,4. Como comorbilidades asociadas destacaban artritis psoriásica (18%), hipertensión (48%) y diabetes (28%). En cuanto al estadio de neoplasia, el 58% estaban en estadio localizado, 26% metastásico y 14% localmente avanzado. Los tipos de neoplasia incluyen 70% sólidas, 14% hemato-linfoproliferativas, 6% cáncer de piel no melanoma y 10% múltiples. El 62% fueron diagnosticados con cáncer hace más de 5 años y el 36% en los últimos 5 años. El 26% de los pacientes no había recibido ningún tratamiento sistémico para la psoriasis antes de su diagnóstico de neoplasia. **Resultados.** Tras el tratamiento con risankizumab, la mayoría de los pacientes experimentaron mejoras clínicas significativas. El 68% alcanzó un PASI 0, el 80% PASI ≤ 1, y el 90% PASI ≤ 3. El tiempo medio de exposición a risankizumab fue de aproximadamente

59 semanas. El 83,7% de los pacientes no presentaron recurrencia o progresión, mientras que un 16.3% sí la experimentaron durante el tratamiento. Respecto al estado actual de la neoplasia, el 89,1% se encontraba inactiva y el 10,9% activa. La tolerancia al tratamiento fue generalmente buena, con pocos efectos adversos reportados. No se observaron recaídas de neoplasia atribuibles al tratamiento. **Conclusiones.** Risankizumab demostró ser un tratamiento efectivo y seguro para pacientes con psoriasis y antecedentes de neoplasia. Los resultados indican una mejoría clínica significativa según los objetivos terapéuticos previamente establecidos por el GPS, con un perfil de seguridad favorable. Destaca su aplicabilidad tanto en pacientes con un diagnóstico previo de neoplasia como en aquellos diagnosticados durante el tratamiento de la psoriasis.

### P94. PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA CON BUENA RESPUESTA A IXEKIZUMAB

A. Martínez Fernández<sup>a</sup>, J.M. Camino Salvador<sup>a</sup>, I. Zapata Martínez<sup>a</sup>, J. Torres Marcos<sup>a</sup>, A. Martín Fuentes<sup>a</sup>, P. González Muñoz<sup>a</sup>, J. Martínez Mariscal<sup>a</sup> y E. de Eusebio Murillo<sup>a</sup>

*Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.*

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) tiene un espectro clínico que varía desde los infrecuentes casos leves hasta cuadros potencialmente mortales. Varón de 61 años, pluripatológico, consulta por lesiones cutáneas generalizadas sin fiebre ni sintomatología sistémica desde hacía 4 días, presentando numerosas pústulas con tendencia a la coalescencia sobre base eritematodescamativa, distribuidas en región dorsolumbar y las cuatro extremidades, sin afectación palmoplantar, ungueal, facial, de cuero cabelludo ni de mucosas. En analítica leucocitosis con neutrofilia, elevación de PCR y reagudización de su enfermedad renal. No nuevos medicamentos ni infecciones recientes. Antecedentes personales de psoriasis en placas desde 2013, en tratamiento tópico hasta 2015, cuando ingresó por brote de PPG con febrícula confirmada histológicamente, tratada con ciclosporina, presentando posteriormente clínica de psoriasis en placas que trató con secukinumab hasta 2017, sin precisar tratamiento sistémico hasta 2022. Ante reagudización de PPG, ingresa en Dermatología, iniciándose inducción con ixekizumab y curas con betametasona y gentamicina. Tras una semana desaparición de todas las lesiones pustulosas, con eritema sutil difuso y lesiones descamativas residuales al alta. Durante 8 meses se mantuvo con escasas placas en miembros superiores, suspendiéndose el fármaco debido a una artritis séptica de rodilla complicada, con rebrote de PPG confirmada histológicamente al mes, falleciendo por shock séptico a las pocas semanas tras tres meses en la Unidad de Cuidados Intensivos. Describimos un caso mixto de psoriasis en placas y PPG que tras cinco años sin tratamiento sistémico presentó una reagudización de esta última, con buena respuesta ixekizumab. El conocimiento de la patogénesis de la psoriasis pustulosa está centrándose en la vía IL-36 y sus inhibidores, no disponibles cuando se atendió al paciente, a pesar de lo cual el inhibidor de IL-17 fue muy eficaz.

### P95. AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA: EXPERIENCIA CON SPESOLIMAB EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

I. Arévalo Ortega, M. Meruelo Ruano, N. Martínez Peña, I. Gainza Apraiz y A. Lobato Izagirre

*Dermatología. Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). España.*

**Introducción.** La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) se caracteriza por la aparición de pústulas estériles generalizadas. A diferencia de la psoriasis en placas, la PPG muestra una alteración en

la vía de la IL36 (tanto por sobreexpresión del agonista como por pérdida de función del antagonista), produciendo la proliferación de queratinocitos, elevación de citocinas proinflamatorias y reactivantes de fase aguda y la migración a la epidermis de neutrófilos dando lugar a las lesiones características de esta enfermedad.

**Material y métodos.** Presentación de dos casos de PPG tratados con spesolimab. *Paciente 1:* Mujer de 87 años, pluripatológica con PPG de más de 10 años de evolución que había recibido tratamiento con múltiples fármacos sistémicos clásicos y biológicos. Tras bajar la dosis de acitretino presentó un brote con GPPASI de 18 y un BSA de 30%. *Paciente 2:* Mujer de 71 años con PPG de 3 años de evolución en tratamiento con acitretino. Desde hace dos meses presenta brote con GPPASI 3,1 y BSA de 12% que no se controla con corticoides sistémicos y metotrexato. Ambos casos fueron brotes de PPG que no se controlaron con los fármacos sistémicos habituales por lo que se solicitó la administración de Spesolimab.

**Resultados.** Tras la infusión de spesolimab las pacientes presentaron gran mejoría con un aclaramiento casi completo a las 4 semanas (GPPASI 1) que se ha mantenido a las 12 semanas de seguimiento.

**Discusión y conclusiones.** El spesolimab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la unión de las diferentes isoformas de la IL36 (IL36 $\alpha$ , IL36 $\beta$ , IL36 $\gamma$ ) al receptor (IL36R), atenuando la respuesta inflamatoria mediada por esta vía. Presentamos nuestra experiencia con este fármaco en el tratamiento de dos pacientes con PPG en el Hospital Universitario Basurto. Los resultados sugieren que este nuevo fármaco puede presentar un avance significativo en el manejo de esta enfermedad, abriendo nuevas posibilidades terapéuticas para pacientes con PPG que no responden a tratamientos convencionales.

#### P96. CRISIS GOTOSAS INDUCIDAS POR METOTREXATO EN PACIENTE CON PSORIASIS

E. Carmona-Rocha<sup>a</sup>, G. Camiña-Conforto<sup>a</sup>, C. Díaz Torné<sup>b</sup>, A.M. Laiz Alonso<sup>b</sup> y L. Puig Sanz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Dermatología y Venereología* y <sup>b</sup>*Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.*

**Introducción.** El metotrexato (MTX) es un inhibidor de la dihidrofolato reductasa empleado en psoriasis moderada-severa. Por su mecanismo de acción, podría precipitar crisis gotosas agudas, aunque estas han sido escasamente reportadas en la literatura.

**Caso clínico.** Varón de 70 años con psoriasis en placas de 30 años de evolución, tratado con corticoides tópicos, sin antecedentes de artritis psoriásica. Consultó por brote de psoriasis grave (PASI 20, BSA 47%), iniciándose MTX subcutáneo a 15 mg/semanales. A los dos meses, refería repetidos episodios de eritema, dolor e hinchazón de la articulación metacarpofalángica del primer dedo del pie. Desde urgencias habían iniciado colchicina, con mejoría de la clínica articular. La radiografía fue anodina y la analítica mostró hiperuricemia de 8,06 mg/dl (normal 2-7 mg/dl). Tras ser valorado por Reumatología, se diagnosticó de artritis gotosa. Se suspendió MTX con resolución de los brotes articulares, y se inició fototerapia (UVB) y alopurinol a 300 mg/24 h. A los tres meses, se intentó reintroducir MTX a 12,5 mg/semanales, presentando a los 15 días un nuevo brote de podagra.

**Discusión.** Los pacientes con psoriasis tienen mayor riesgo de gota, debido a la inflamación sistémica crónica con implicación de vías comunes (Th1, Th17) y al alto recambio de queratinocitos, que conduce al aumento de uratos. El riesgo de gota es aún mayor en pacientes con artritis psoriásica. MTX se ha empleado con seguridad en el tratamiento de la gota. Sin embargo, puede alterar los niveles de uratos por varios mecanismos (por inhibición de la síntesis de purinas, por su efecto antiinflamatorio y por modificación de la excreción renal), lo que podría desencadenar episodios de gota en determinados pacientes.

#### Conclusiones.

1. La artritis en pacientes con psoriasis e hiperuricemia puede plantear el diagnóstico diferencial entre gota y artritis psoriásica.
2. En pacientes con psoriasis y gota, la introducción de MTX puede precipitar crisis gotosas agudas.

#### P97. ¿QUÉ HAY DE LOS INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA 23 EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS? ESTUDIO COMPARATIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Mansilla-Polo, C. Pujol-Marco, G. Bagues-Navarro, D. Martín-Torregrosa, M. Pozuelo-Ruiz, B. de Unamuno-Bustos, R. Botella-Estrada y A. Sahuquillo-Torralba

*Dermatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.*

**Antecedentes y objetivos.** La aparición de los fármacos biológicos y de pequeña molécula ha revolucionado el tratamiento de la psoriasis. Entre los tratamientos biológicos, contamos con los inhibidores de la interleucina (IL) 23. El número de estudios que evalúan o comparan estos fármacos en práctica clínica real en psoriasis es escaso. Los objetivos de este estudio fueron la descripción y comparación de la respuesta en psoriasis en práctica clínica en un centro terciario a los inhibidores de la IL-23.

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo unicéntrico con todos los pacientes con psoriasis sometidos a tratamiento con risankizumab, tildrakizumab y guselkumab. Se registraron las medidas de resultado a las 16, 24 y 48-52 semanas en términos de PASI, BSA, IGA y DLQI, así como los acontecimientos adversos reportados.

**Resultados.** Se incluyeron 91 pacientes. Cuarenta y dos pacientes recibieron risankizumab, 37 guselkumab y 12 tildrakizumab. Los 3 grupos fueron comparables en cuanto a sus características basales y la gravedad clínica inicial de la enfermedad. Se registraron mejorías rápidas y sostenidas en el tiempo en las variables estudiadas con los tres fármacos, con un perfil de seguridad excelente. No se encontraron diferencias entre los tres fármacos.

**Discusión y conclusiones.** La IL-23 desempeña un papel crucial en la etiopatogenia de la psoriasis. La efectividad y seguridad de los tres fármacos aprobados anti IL-23 en España (risankizumab, tildrakizumab, guselkumab) ha sido demostrada en ensayos clínicos y en práctica clínica real. Los resultados de nuestro estudio apoyan este hecho. No hemos encontrado diferencias entre los 3 grupos, si bien la escasa muestra limita la potencia estadística de esta comparación. En conclusión, nuestro trabajo confirma la efectividad y seguridad en práctica clínica real de guselkumab, tildrakizumab y risankizumab para el tratamiento de la psoriasis. Son necesarios nuevos estudios que evalúen comparativamente estas alternativas terapéuticas.

#### P98. FATIGA MEDIDA CON LA ESCALA FACIT-T IMPACTO EN PSORIASIS Y OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

M.B. Madrid Álvarez<sup>a</sup>, N. González Báez<sup>b</sup>, I. Castaño González<sup>c</sup> y A. González Quesada<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Psicóloga Dermatología*, <sup>b</sup>*Enfermería Dermatología* y <sup>c</sup>*Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). España.*

**Objetivo.** La fatiga está asociada a multitud de enfermedades crónicas y se ha estudiado en patologías dermatológicas. Nuestro objetivo era conocer la prevalencia y gravedad de fatiga en nuestra población de pacientes con psoriasis en comparación con otras enfermedades inflamatorias dermatológicas.

**Material y métodos.** Se ofreció participar a los pacientes que acudían de manera consecutiva a la consulta de visita sucesiva del servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr.

Negrín y tenían psoriasis (Pso), hidradenitis supurativa (HS) o dermatitis atópica (DA) en tratamiento. Se utilizó la Escala de Evaluación Funcional de Terapia de Enfermedades Crónicas- Fatiga (FACIT-T). Se recogieron variables sociodemográficas, evolución, tratamientos previos, tratamiento actual y gravedad de la enfermedad.

**Resultados.** Se recogieron 35 pacientes con Pso, 25 pacientes con HS, 6 con DA y 10 de grupo control (con edades entre 20-77 años) hasta la fecha de envío del abstract. Centrándonos en los pacientes de psoriasis un 71% está en tratamiento biológico. En promedio nuestra muestra presenta una puntuación de 21 en la escala FACIT-T, lo que equivale a un nivel de fatiga moderada. Un 34,3% de los pacientes tiene fatiga elevada/muy elevada. Un 28,6% no tiene fatiga o tiene niveles bajos.

**Conclusiones.** No podemos concluir cuánta de la fatiga está asociada a la enfermedad o se debe a otras variables, pues ésta se ha medido en un momento único al venir a una visita sucesiva. Medir la fatiga antes de iniciar tratamiento y tras meses instaurado puede mostrar si hay cambios que relacionen los tratamientos y una mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes medida a través de mayores niveles de energía.

### P99. INTERVENCIÓN TEMPRANA CON GUSELKUMAB EN UN PACIENTE CON PSORIASIS EN GOTAS DE CORTA DURACIÓN, SEGUIDA DE LA RETIRADA DEL FÁRMACO: EL CAMINO HACIA LA REMISIÓN COMPLETA A LARGO PLAZO MEDIANTE LA POSIBLE MODIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

C. Abbad-Jaime de Aragón<sup>a</sup>, E. Berna-Rico<sup>a</sup>, Javier Pérez-Bootello<sup>a</sup>, M.A. Ballester-Martínez<sup>a</sup>, P. Jaén Olasolo<sup>a</sup>, A. Blauvelt<sup>b</sup> y Á. González-Cantero<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. <sup>b</sup>Oregon Medical Research Center. Portland (Oregon). Estados Unidos.*

**Antecedentes.** La psoriasis en gotas (PG) es un tipo de psoriasis que suele desencadenarse a raíz de infecciones estreptocócicas o víricas. Se caracteriza por la presencia de pequeñas placas redondeadas y eritematosas en tronco y extremidades. Hoy en día se sabe que hasta el 39% de estos casos puede llegar a cronificar la enfermedad. El tratamiento con inhibidores de la IL-23 podrían eliminar de forma más efectiva las células T residentes de memoria (TRM), las principales responsables de la cronificación de la enfermedad, dando lugar a remisiones duraderas.

**Material y métodos.** Se presenta un caso clínico de un varón con PG de corta duración en el que se llevó a cabo la retirada de guselkumab tras dos dosis del fármaco.

**Resultados.** Un varón de 33 años acudió a consulta por cuadro de lesiones cutáneas de 4 semanas de evolución. Las lesiones eran tipo placa eritematosas, de pequeño tamaño, dispersas en tronco. Como antecedente personal cabe destacar la presencia de placas eritematodescamativas gruesas en el cuero cabelludo de 7 meses de evolución, tratadas con corticosteroides tópicos sin mejoría clínica. El paciente tenía antecedentes de hiperlipidemia y tabaquismo y no tomaba medicación habitual. Se decidió iniciar el tratamiento con guselkumab, un inhibidor de IL-23, aprobado para la psoriasis en placas moderada-grave, mientras que su uso en la GP está fuera de indicación. Guselkumab se administró a dosis de 100 mg (1 inyección) en las semanas 0 y 4, consiguiendo un aclaramiento completo del cuadro. Tras lo anterior, se decidió observar la evolución del paciente sin administrar nuevas dosis del fármaco. Un año después, el paciente se mantiene con resolución total del cuadro.

**Conclusiones.** Este caso clínico podría servir para generar hipótesis sobre los posibles beneficios de la intervención precoz con guselkumab en pacientes con PG, y la posterior retirada del fármaco, como nueva estrategia terapéutica para abordar el manejo de los pacientes con PG de corta duración.

### P100. EFICACIA DE BIMEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS PALMOPLANTAR: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

V. García Rodríguez, M. Iglesias Sancho, J. Arandes Marcocci y M. Salleras Redonnet

*Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Grupo Hospitalario Quirónsalud (Barcelona). Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Bimekizumab es el primer anticuerpo IgG1 que inhibe las isoformas A y F de la IL-17 aprobado para el tratamiento de la psoriasis. Bimekizumab ha demostrado superioridad en ensayos H2H versus adalimumab, ustekinumab y secukinumab, incluyendo el aclaramiento de localizaciones especiales, a menudo relacionadas con un alto impacto en la calidad de vida y que precisan de una respuesta rápida, representando un reto terapéutico. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de bimekizumab en pacientes con psoriasis con afectación palmoplantar.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en pacientes con psoriasis con afectación palmoplantar tratados con bimekizumab en condiciones de práctica clínica habitual. Se recogieron las características demográficas y clínicas a nivel basal y se analizó la evolución de la respuesta en las semanas 2-4 y 12-16, así como los acontecimientos adversos reportados.

**Resultados.** Se incluyeron 8 pacientes, 63% mujeres con un promedio de 59,9±8,0 años de edad y un IMC de 29,1±6,9 kg/m<sup>2</sup>. Recibieron bimekizumab según ficha técnica. En semana 2-4 se reportó una reducción significativa de la psoriasis, que siguió mejorando en semana 12-16. El PASI promedio se redujo de 13,0±5,5 a nivel basal, a 7,2±7,3 en semana 2-4, a 5,2±7,4 en semana 12-16. El BSA promedio se redujo de 8,3±6,6 a nivel basal, a 3,2±1,9 en semana 2-4, a 2,3±2,5 en semana 12-16. También se reportaron mejorías relevantes la calidad de vida de los pacientes. Bimekizumab fue bien tolerado y no se identificaron nuevas alertas de seguridad.

**Conclusiones.** La efectividad de bimekizumab observada en nuestros pacientes confirma la reportada en los ensayos clínicos. Nuestra experiencia respalda a bimekizumab como una opción altamente eficaz para tratar la psoriasis, incluso en los subgrupos más refractarios como la localización palmoplantar, que suponen un reto terapéutico en la actualidad.

### P101. CALCIPOTRIOL/BETAMETASONA DIPROPIONATO EN ESPUMA PARA LA PSORIASIS EN PLACAS: ESTUDIO PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, NO INTERVENCIONISTA DE CALIDAD DE VIDA

T. Torres<sup>a</sup>, P. Filipe<sup>b</sup>, C. Soria Martínez<sup>c</sup>, F. Mota<sup>d</sup>, J. Pardo Sánchez<sup>e</sup>, M. Pérez Hernández<sup>f</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>g</sup> y M. Ribera Pibernat<sup>h</sup>

*Departamento de Dermatología. <sup>a</sup>Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Oporto (Porto). <sup>b</sup>Centro Hospital Universitário de Lisboa Norte. Hospital de Santa Maria. Lisboa. Portugal. <sup>c</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España. <sup>d</sup>Hospital da Senhora da Oliveira. Guimarães (Braga). Portugal. <sup>e</sup>Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia). <sup>f</sup>Departamento Médico. LEO Pharma Iberia. Barcelona. <sup>g</sup>Departamento de Dermatología. <sup>h</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>i</sup>Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). España.*

**Antecedentes.** A día de hoy no existen estudios que evalúen la calidad de vida (CV) en pacientes con psoriasis tratados con calcipotriol/betametasona dipropionato (Cal/BD) espuma en práctica clínica habitual.

**Objetivo.** Este estudio tiene como objetivo analizar la CV de los pacientes con psoriasis en placas a las 4 semanas y a los 6 meses después de iniciar tratamiento con Cal/BD espuma, por primera vez.

**Materiales y métodos.** Estudio prospectivo y no intervencionista que evalúa la CV, la adherencia, la satisfacción y la eficacia del tratamiento mediante el índice Dermatology Life Quality Index (DLQI), la escala Morisky-Green, el Treatment Questionnaire for Medication (TSQM-9), y el cambio en la Body Surface Area (BSA) en pacientes adultos con psoriasis en placas tratados con Cal/BD espuma.

**Resultados.** Se reclutaron un total de 172 pacientes. A las 4 semanas de tratamiento, el 53,5% de los pacientes presentaron un DLQI  $\leq$  1. El cambio medio absoluto en el DLQI desde el basal fue de -4,2 y de -4,0 a las 4 semanas y los 6 meses respectivamente ( $p < 0,0001$ ). La mejoría en el BSA fue estadísticamente significativa después del primer periodo de tratamiento y a los 6 meses, con una reducción media de 2,4% y 2,6% respectivamente ( $p < 0,0001$ ). El cambio medio absoluto en la satisfacción global entre las 4 semanas y los 6 meses fue de -4,3 ( $p = 0,0049$ ). En total, el 41% de los pacientes cumplió con el tratamiento después del primer periodo y el 53,3% presentó una adherencia moderada. Una mayor satisfacción con el tratamiento se correlacionó con valores de DLQI inferiores ( $r = -0,527$ ;  $p < 0,0001$ ) a las 4 semanas. Los pacientes con DLQI  $\leq$  1 a las 4 semanas de tratamiento, presentaron un BSA inferior a los pacientes con DLQI  $> 1$  ( $1,3 \pm 1,8$  vs.  $2,8 \pm 2,7$ , respectivamente;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones.** Tras 4 semanas, el uso diario de Cal/BD espuma en pacientes con psoriasis en placas se tradujo en una mejoría de la CV, que se relacionó tanto con la satisfacción del paciente como con la eficacia del fármaco.

## P102. BIOMARCADORES PREDICTORES DE RESPUESTA A ADALIMUMAB EN PSORIASIS E HIDRADENITIS SUPURATIVA

B. Clemente Hernández, M. Almenara Blasco, M. Claudia Matei, I. Muelas Rives, Z. Álvarez Bobillo, A.M. Morales Callaghan, T. Gracia Cazaña y Y. Gilaberte Calzada

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.*

**Introducción.** Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) son muy frecuentes en la práctica clínica, siendo dos de las más prevalentes la psoriasis y la hidradenitis supurativa (HS). Han experimentado en los últimos años un cambio respecto a su pronóstico debido a la aparición de fármacos biológicos, siendo de primera línea adalimumab. Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes que no responden favorablemente, por lo que identificar los factores que influyen en ese fallo terapéutico es primordial para la optimización del tratamiento.

**Objetivos.** Valorar la relación entre la respuesta clínica a adalimumab medida con índice PASI y BSA en psoriasis y estadio Hurley e IHS4 en HS y las características basales, así como biomarcadores bioquímicos.

**Metodología.** Estudio observacional retrospectivo en el cual se han analizado los pacientes con psoriasis e HS que han sido tratados con adalimumab (original y biosimilar) en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde enero de 2019 hasta diciembre de 2022.

**Resultados.** Se analizó un total de 83 pacientes (43 presentaban HS y 40 psoriasis). Todos estaban en tratamiento con adalimumab, 58 de ellos fueron respondedores (69.9%) y 25 mostraron fallo de respuesta. La relación entre el fracaso terapéutico y los niveles séricos del fármaco no fue estadísticamente significativa en ninguna de las dos enfermedades. Se encontraron diferencias en los valores de VSG, siendo más elevada en pacientes con HS que en psoriasis ( $p < 0,01$ ). En psoriasis, los varones presentaron una mayor respuesta terapéutica y en el caso de la HS fueron las mujeres ( $p = 0,032$ ). La edad no influyó en el fallo terapéutico en psoriasis mientras que en HS los pacientes jóvenes presentaron una mayor respuesta a adalimumab ( $p = 0,031$ ).

**Conclusiones.** Los niveles séricos de adalimumab no influyen en el desarrollo de fallo terapéutico, mientras que la edad, el sexo y/o los niveles de VSG podrían tener influencia en la respuesta terapéutica al fármaco.

## P103. OVERLAP PSORIASIS Y PÉNFIGO VEGETANTE EN PACIENTE CON NEOPLASIA PROSTÁTICA

M.J. Carrera Hernández, E. Martínez Lorenzo, J.J. Amorós Oliva, M. Cotarelo Hernández, C. Romera de Blas, M.V. Signes-Costa Smith, N. Aranda Sánchez, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo, P. Blázquez Pérez y C. Pérez Hortet

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.*

Varón de 66 años con antecedentes personales de psoriasis y adenocarcinoma de próstata tratado mediante prostatectomía radical, que desarrolla pénfigo vegetante (PV). El debut del PV se produjo tras la suspensión del tratamiento con acitretino debido a efectos adversos, coincidiendo con el segundo mes tras la prostatectomía radical. Se inició tratamiento con prednisona vía oral asociada a apremilast, teniendo que ser retirado por intolerancia digestiva, continuando con corticoides vía oral y tópica. Se decidió tratar con guselkumab, un inhibidor de la interleuquina (IL) 23, con control de las lesiones y reducción progresiva de la dosis de prednisona oral. La coexistencia de psoriasis y enfermedades ampollas está descrita en la bibliografía, siendo la más frecuente el pénfigoide ampolloso (PA). En estos casos, la psoriasis precede al desarrollo de las lesiones ampollas en 10-15 años, que además se presentan en edades más tempranas que en el PA aislado. Se propugna la inflamación crónica causada por la psoriasis, con exposición secundaria de autoantígenos, como desencadenante de la enfermedad autoinmune. Además, se ha descrito un rol patogénico común en la psoriasis y el PA de las citoquinas proinflamatorias IL-1, IL-17 e IL-23 así como de los neutrófilos, responsables de la degradación de la matriz proteica. La elección terapéutica en pacientes con psoriasis y PV con antecedentes de neoplasia debe ser cautelosa. Apremilast es una opción plausible, pero no fue tolerado por el paciente. Guselkumab no parece relacionarse con la progresión neoplásica en el seguimiento descrito en la literatura. Además, se ha expuesto el papel de la inhibición de la IL-23 aumentando la respuesta citotóxica de los linfocitos T en el tejido tumoral, con posible acción protectora ante la carcinogénesis. En conclusión, destacamos guselkumab como opción terapéutica para pacientes con superposición de psoriasis y enfermedad ampollas que además tengan antecedentes personales de neoplasia.

## P104. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN PSORIASIS EN PLACA MODERADA-GRAVE EN EL LARGO PLAZO (3 AÑOS): ESTUDIO OBSERVACIONAL, RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE PSORIASIS

E. del Alcázar Viladomiu<sup>a</sup>, A. López Ferrer<sup>b</sup>, M. Julià Manresa<sup>c</sup>, M.M. Llamas Velasco<sup>d</sup>, Á. Martínez Doménech<sup>e</sup>, J. Notario Rosa<sup>f</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>g</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>h</sup>, D. Vidal Sarró<sup>i</sup>, A. Sahuquillo Torralba<sup>j</sup>, D.P. Ruiz Genao<sup>k</sup>, L. García Fernández<sup>l</sup>, V. Rocamora Durán<sup>m</sup>, R. Rivera Díaz<sup>n</sup>, P. de la Cueva Dobao<sup>o</sup>, M. Ara Martín<sup>p</sup>, A. Mateu Puchades<sup>q</sup>, E. Martínez Lorenzo<sup>r</sup>, I. Castaño González<sup>s</sup>, M. Ferran Farrés<sup>t</sup>, I. Belinchón Romero<sup>u</sup>, L. Salgado Boquete<sup>v</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>w</sup>, A. Romero Maté<sup>x</sup>, A. Pérez Gil<sup>y</sup>, G. Aparicio Español<sup>z</sup>, C. Muñoz Santos<sup>aa</sup> y J.M. Carrascosa Carrillo<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). <sup>b</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>c</sup>Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). <sup>d</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>e</sup>Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. <sup>f</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>g</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>h</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>i</sup>Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi. Sant Joan Despí (Barcelona). <sup>j</sup>Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>k</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). <sup>l</sup>Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>m</sup>Hospital de Manacor.*

Manacor (Illes Balears). <sup>a</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>o</sup>Hospital Infanta Leonor. Madrid. <sup>h</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>o</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>o</sup>Hospital Universitario de Toledo. Toledo. <sup>o</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). <sup>o</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>o</sup>Hospital General Universitario. Alicante. <sup>o</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra. <sup>o</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>o</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid). <sup>o</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>o</sup>Dermatología. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. <sup>o</sup>Hospital General de Granollers. Barcelona. España.

**Antecedentes.** La eficacia y seguridad de guselkumab fue demostrada en los ensayos VOYAGE 1 Y 2, y diversos estudios en vida real confirman su alta tasa de efectividad y buen perfil de seguridad a corto plazo. Sin embargo, es escasa la evidencia en el largo plazo en la práctica clínica habitual.

**Objetivo.** El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de guselkumab a los 3 años en práctica clínica real pacientes con psoriasis en placa moderada-grave.

**Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en el que se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de psoriasis en placa moderada-grave que iniciaron el tratamiento con guselkumab entre febrero 2019 y noviembre de 2020 y que cumplieron con al menos 3 años de seguimiento. No se utilizaron métodos de sustitución para los datos ausentes (as observed).

**Resultados.** Se incluyeron 385 pacientes (164 mujeres y 221 hombres) con una edad media de 49,8 años. El peso medio fue de 84,5 kg el BMI medio de 29,5 kg/m<sup>2</sup>. El 94% había realizado terapia sistémica convencional o fototerapia y un 90% terapia biológica previa. El PASI medio basal de los pacientes fue de 10,2, descendiendo a 1,9 a la semana 16, a 1,3 a las 52 semanas y, finalmente, a 0,9 a los 3 años. El 67,6% y un 87,8% de los pacientes alcanzaron un PASI90 y un PASI ≤ 2 a los 3 años, respectivamente. A lo largo del estudio, 91 pacientes (23,9%) discontinuaron el tratamiento (34 fallo secundario, 16 fallo secundario, 12 por acontecimientos adversos, 12 pérdida de seguimiento y 17 otros motivos). Un 17,1% (66/385) presentó algún tipo de acontecimiento adverso.

**Conclusiones.** Presentamos la mayor serie de pacientes tratados con guselkumab en condiciones de práctica clínica con datos de efectividad y seguridad a los 3 años. Guselkumab presenta altas tasas de respuesta medida en términos de PASI absoluto ≤ 2 (más del 85%) en el largo plazo con un buen perfil de seguridad.

#### P105. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB EN PSORIASIS: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J. Magdaleno Tapial<sup>a</sup>, M. Velasco Pastor<sup>b</sup>, A. Torrijos Aguilar<sup>b</sup>, L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>c</sup>, S. Santos Alarcón<sup>d</sup>, A. Martorell Calatayud<sup>e</sup>, A. Mateu Puchades<sup>f</sup>, L. Mahiques Santos<sup>g</sup>, J. Roca Ginés<sup>h</sup>, L. Martínez Casimiro<sup>h</sup>, C. Albanell Fernández<sup>h</sup>, E.G. Morales Tedone<sup>h</sup>, M. Mansilla Polo<sup>i</sup>, A. Agustí Mejías<sup>j</sup>, I. Belinchón Romero<sup>k</sup>, F.J. Melgosa Ramos<sup>l</sup>, C. Labranderoy Hoyos<sup>a</sup>, R. Carmena Ramón<sup>a</sup>, J.M. Ortiz Salvador<sup>a</sup>, P. Hernández Bel<sup>a</sup>, A. Pérez Ferriols<sup>a</sup> y J.L. Sánchez Carazo<sup>a</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Consortio Hospital General Universitario. Valencia. <sup>b</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>c</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>d</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante). <sup>e</sup>Hospital de Manises. Valencia. <sup>f</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>g</sup>Hospital General. Castelló de la Plana (Castellón). <sup>h</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. <sup>i</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>j</sup>Hospital General d'Ontinyent. Ontinyent (Valencia). <sup>k</sup>Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. <sup>l</sup>Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva (Valencia). España.*

**Antecedentes y objetivos.** Bimekizumab es el primer y único inhibidor dual selectivo de la IL-17 A e IL-17 F aprobado para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Su mecanismo de acción innovador resulta en altos niveles de aclaramiento completo de la piel que han demostrado superioridad en ensayos clínicos H2H vs. adalimumab, ustekinumab y secukinumab. Debido a la reciente aprobación de bimekizumab por las agencias reguladoras, la evidencia en la práctica clínica real es limitada. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad y seguridad de bimekizumab en nuestra serie de pacientes con psoriasis.

**Materiales y métodos.** Presentamos un estudio observacional retrospectivo multicéntrico en pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con bimekizumab en condiciones de práctica clínica habitual. Se recogieron las características demográficas y clínicas a nivel basal y se analizó la evolución de la respuesta PASI en las semanas 4 y 16, así como los acontecimientos adversos reportados.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 72 pacientes, 63% hombres, con una edad promedio de 50,5 (± 13,2) años y un IMC de 30,0 (± 7,8) kg/m<sup>2</sup>. El PASI basal promedio fue de 11,2 (± 8,3), BSA 14,0 (± 12,4) y DLQI 13,6 (± 7,7). En la semana 4, después de una sola dosis de bimekizumab, el 75% de estos pacientes tenían PASI ≤ 2 y el 34% logró un aclaramiento completo de la piel (PASI 0). En la semana 16, el 100% de los pacientes tenía PASI ≤ 2 y el 73% PASI 0. El aclaramiento de la piel se alcanzó independientemente de las características del paciente o la localización de la psoriasis. Bimekizumab fue bien tolerado y no se identificaron nuevas alertas de seguridad.

**Conclusiones.** La efectividad de bimekizumab observada en nuestros pacientes confirma la reportada en los ensayos clínicos, sin nuevas alertas de seguridad. Nuestra experiencia respalda que la combinación de eficacia, rapidez, durabilidad, posología cómoda y seguridad se traduce en unos mejores resultados para los pacientes.

#### P106. RESULTADOS DEL PRIMER OBSERVATORIO DE LA PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN ESPAÑA: ASPECTOS SOCIOLABORALES E IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA

A. Pérez Gil<sup>a</sup>, O. Baniandres Rodríguez<sup>b</sup>, P. Coto Segura<sup>c</sup>, M. García Font<sup>d</sup>, E. Martínez Lorenzo<sup>e</sup>, J. Mollet Sánchez<sup>f</sup>, S. Pérez Barrio<sup>g</sup> y G. Roustán Gullón<sup>h</sup>

*Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>b</sup>CEIMI. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>c</sup>Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres (Asturias). <sup>d</sup>Hospital Mutua de Terrasa. Barcelona. <sup>e</sup>Unidad de Psoriasis. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. <sup>g</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. <sup>h</sup>Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya). <sup>i</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). España.*

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una enfermedad cutánea crónica rara caracterizada por la aparición generalizada de pústulas estériles. Los posibles síntomas sistémicos y complicaciones extra cutáneas pueden poner en riesgo la vida. El observatorio de la PPG tiene como objetivo analizar el impacto y la atención recibida a nivel emocional, de proyecto vital y en calidad de vida de los pacientes y su entorno. Se realizó una encuesta telefónica a 17 pacientes con PPG (65% mujeres; un 47% entre 20-60 años) en tratamiento y seguimiento por dermatología de 9 CCAA. El cuestionario constó de 64 preguntas sobre aspectos sociodemográficos y laborales, proceso asistencial y experiencia y satisfacción con la asistencia recibida. El 47% de los encuestados estaba en edad laboral y el 35% era población activa. El 65% consideró que la PPG tiene un gran impacto en su vida diaria. Las lesiones cutáneas (82%), el dolor (60%) y el picor (59%) son referidos como los síntomas más limitantes. Los aspectos más afectados fueron las actividades so-

ciales (88%), el bienestar emocional (82%), la actividad física (76%) y la vida íntima (71%). El 88% consideró el estrés como el factor agravante de síntomas más común. Prevalen sentimientos de frustración, incomprensión y miedo al próximo brote, pero, solo el 12% de los pacientes recibe apoyo psicológico en algún momento. A un 18% se les ha reconocido la incapacidad laboral. El 65% de los pacientes solo busca información por sus propios medios y únicamente el 18% se dirige a grupos de ayuda o asociaciones. La PPG impacta significativamente en la vida diaria de los pacientes, afectando a su vida social y bienestar emocional. Complementar la asistencia sanitaria habitual con acciones de soporte, es clave para mantener una vida social y laboral satisfactoria. La creación de una comunidad de pacientes con PPG, en el seno de las asociaciones existentes, puede dar respuesta a las necesidades de información, mejor conocimiento y apoyo.

### P107. EFECTO DE LA PLUMA DE SECUKINUMAB 300 MG EN EL MANEJO DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA Y GRAVE: ESTUDIO A 52 SEMANAS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. Martínez López<sup>a</sup>, M.J. Ocaña Cano<sup>b</sup>, A. Pérez Gil<sup>c</sup>, I. López Barragán<sup>d</sup>, G. Gallo Pineda<sup>e</sup>, C. Ceballos Cauto<sup>f</sup>, F.G. Moreno Suárez<sup>g</sup>, G.G. Garriga Martina<sup>g</sup>, I. Villegas Romero<sup>e</sup>, D.J. Godoy Díaz<sup>h</sup>, M. Sánchez Díaz<sup>i</sup>, J.A. Llamas Carmona<sup>h</sup>, C. Hernández Montoya<sup>i</sup>, S. Arias Santiago<sup>a</sup> y L. Salvador Rodríguez<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>b</sup>Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. <sup>c</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>d</sup>Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz). <sup>e</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>f</sup>Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. <sup>g</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>h</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>i</sup>Hospital de Poniente. El Ejido (Almería). España.*

**Introducción.** Secukinumab es un anticuerpo monoclonal inhibidor de la IL-17 que ha demostrado seguridad y eficacia en pacientes con psoriasis moderada a grave a dosis de 300 mg. Sin embargo, la evidencia en el mundo real sobre la eficacia y seguridad de este tratamiento es limitada desde su uso en una única pluma de 300 mg.

**Métodos.** Se realizó un estudio multicéntrico, prospectivo de cohortes. Los pacientes incluidos fueron pacientes psoriásicos de moderados a graves que iban a iniciar tratamiento con Secukinumab 300 mg con una pluma única según ficha técnica. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante 52 semanas. Se incluyeron variables epidemiológicas como edad, sexo, asociación con artritis psoriásica, índice de masa corporal (IMC), duración de la enfermedad y número de fármacos biológicos previos, entre otras. La eficacia se evaluó mediante PASI, BSA e IGA.

**Resultados.** Se incluyeron 75 pacientes. La edad media fue de 54,44 ± 14,23 años, con un 61,33% de pacientes varones. El IMC medio fue de 29,55 ± 5,57 y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 14,88 ± 10,89 años. Además, un 57,33% de los pacientes presentaban psoriasis del cuero cabelludo y un 34,67% psoriasis ungueal. El 40% de los pacientes tenían puntuaciones PURE 4 positivas y el 41,33% fueron diagnosticados de artritis psoriásica por un reumatólogo. En semana 52, el 93,34% de los pacientes tuvieron una puntuación IGA 0/1. Por otro lado, aunque los pacientes obesos presentaron peores puntuaciones en PASI y BSA en semana 24, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en semana 52. Por otro lado, no se hallaron diferencias de efectividad en función del tiempo de evolución de la enfermedad.

**Conclusiones.** Estos resultados reafirman la importancia de la vía Th17 y el bloqueo de su principal molécula efectora, la IL-17, para lograr mejorías sostenidas en pacientes con psoriasis moderada y grave independientemente del IMC y del tiempo de evolución de la enfermedad.

### P108. CARACTERÍSTICAS DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON PSORIASIS EN RELACIÓN CON SU PERCEPCIÓN DE CALIDAD DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA GENERAL

A. Pérez Gil<sup>a</sup>, G. Piñero Crespo<sup>b</sup>, M.I. del Pino Rincón<sup>c</sup>, L. Correa-Selm<sup>b</sup>, R. Hernández Sánchez<sup>d</sup> y J.M. Morón Ocaña<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España. <sup>b</sup>University of South Florida Morsani College of Medicine. Tampa (Florida). Estados Unidos. <sup>c</sup>Unidad Investigación y <sup>d</sup>Reumatología. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. España.*

**Introducción y objetivos.** La psoriasis (Pso) se asocia a numerosas comorbilidades relacionadas con inflamación crónica: obesidad, enfermedades cardiovasculares (ECV), hígado graso metabólico y trastornos del sueño. Nuestro objetivo fue identificar en una muestra de pacientes de una consulta multidisciplinar de Pso y Artritis psoriásica (Aps) cómo pueden afectar a la calidad de vida y del sueño las variables sociodemográficas, comorbilidades y presencia o no de tratamiento biológico.

**Metodología.** Se incluyeron 100 pacientes de la consulta con Pso mayores de 18 años, capaces de entender y cumplimentar los cuestionarios Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) y Cuestionario de Salud (SF-36). Evaluamos las siguientes variables: género, edad, índice masa corporal, área demográfica, nivel educacional, empleo actual, estado civil, hábitos tóxicos, uso de sustancias excitantes, medicamentos para dormir, presencia de Aps, comorbilidades asociadas y tratamiento biológico.

**Resultados.** Ciertos factores personales se correlacionan con peor calidad de sueño medida por PSQI: medicamentos para dormir (n = 26; p < 0,001), tratamiento biológico (n = 59; 11,14 ± 4,13 vs. 9,40 ± 4,75, p = 0,045), desempleo (n = 40, p < 0,001), sospecha Aps (n = 50, p = 0,027) teniendo el PSQI más alto (n = 17, p = 0,038). Peor calidad de vida medida por SF-36 también se correlaciona con hipnóticos (n = 26, p < 0,001) y desempleo (n = 40, p < 0,001).

**Discusión.** Este análisis de factores asociados con peor calidad de vida y sueño nos pueden dar una mejor idea de como influyen los mismos en la enfermedad. El uso de tratamientos biológicos indica una patología inflamatoria grave, que puede empeorar el sueño y a su vez un sueño alterado puede influir en la enfermedad. La correlación entre inductores del sueño puede indicar un problema tratado inadecuadamente y una oportunidad para explorar el tema con mayor profundidad. El efecto del desempleo indica el gran rol de factores psicosociales en el cuidado de pacientes con psoriasis.

### P109. EFICACIA Y SEGURIDAD DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS PARA PSORIASIS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL DIALIZADOS

H. Escolà Rodríguez<sup>a</sup>, R. Ruiz Villaverde<sup>b</sup>, R. Fornons Servent<sup>c</sup>, J. Notario Rosa<sup>c</sup>, R. Rivera Díaz<sup>d</sup>, M. Roncero Riesco<sup>e</sup>, R. Rovira López<sup>a</sup> y M. Ferran Farrés<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. <sup>c</sup>Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). <sup>d</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>e</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Existe poca evidencia sobre la eficacia y seguridad de los fármacos biológicos en pacientes con psoriasis moderada/grave e insuficiencia renal (IR) sometidos a diálisis. Aunque no se han reportado contraindicaciones ni toxicidad renal, aún se desconoce si la diálisis podría afectar su eficacia. El objetivo de este estudio es investigar la eficacia y seguridad de los fármacos biológicos en dicha población.

**Métodos.** Estudio retrospectivo y multicéntrico en el que se analizan datos de pacientes con psoriasis moderada/grave e IR sometidos a diálisis tratados con fármacos biológicos.

**Resultados.** Se incluyeron 8 pacientes, 5 varones y 3 mujeres, con una edad media de 65 años. Todos presentaron factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión, di lipemia y/o obesidad) y el 25% artritis psoriásica. El 12,5% de los pacientes eran nave a fármacos biológicos, 25.0% habían recibido un biológico previo y 62,5% 2 o más. El 87,5% recibieron tratamiento con hemodiálisis y el 12,5% con diálisis peritoneal, siendo la nefropatía diabética (37,5%) y la nefroangioesclerosis hipertensiva (37,5%) las causas más frecuentes de IR. Durante el tratamiento con diálisis 3 pacientes (37,5%) recibieron un fármaco antiTNF $\alpha$  (2 adalimumab, 1 infliximab) y 5 (62,5%) con anti-IL23 (2 guselkumab, 3 risankizumab). El PASI, BSA y DLQI basales medios fueron de 14,1, 14,9% y 13,2, respectivamente. El 83,3% (5/6) alcanzaron PASI  $\leq$  1 a la semana 24/28. Durante el seguimiento (mediana 9,7 meses [4,2-82,1]), se reportó una neumonía nosocomial en un paciente con adalimumab, y un debut de insuficiencia cardíaca con infliximab (condicionando su retirada y el cambio a ustekinumab, en este último). Un paciente fue exitus, secundario a una neoplasia de próstata, ya presente antes de iniciar la terapia biológica.

**Conclusiones.** El análisis de nuestra cohorte sugiere que los tratamientos biológicos representan una alternativa eficaz y segura en pacientes con psoriasis e IR dializados.

#### P110. RESULTADOS DEL PRIMER OBSERVATORIO DE LA PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN ESPAÑA: ASPECTOS ASISTENCIALES

E.R. Martínez Lorenzo<sup>a</sup>, G. Rouston Gullón<sup>b</sup>, A. Pérez Gil<sup>c</sup>, S. Pérez Barrio<sup>d</sup>, J. Mollet Sánchez<sup>e</sup>, M. García Font<sup>f</sup>, P. Coto-Segura<sup>g</sup> y O. Baniandres Rodríguez<sup>h</sup>

*Dermatología.* <sup>a</sup>Hospital Universitario de Toledo. Toledo. <sup>b</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). <sup>c</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla. <sup>d</sup>Hospital de Basurto. Bilbao (Vizcaya). <sup>e</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona. <sup>f</sup>Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa (Barcelona). <sup>g</sup>Hospital Vital Álvarez-Buylla. Mieres (Asturias). <sup>h</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una enfermedad cutánea crónica rara caracterizada por la aparición generalizada de pústulas estériles. Los posibles síntomas sistémicos y complicaciones extracutáneas pueden poner en riesgo la vida. El objetivo del observatorio de la PPG es analizar el proceso asistencial de los pacientes en España, desde su experiencia y necesidades percibidas.

**Materiales y métodos.** Se realizó una encuesta telefónica a 17 pacientes con PPG (65% mujeres; un 47% entre 20-60 años) en tratamiento y seguimiento por dermatología de 9 CCAA. El cuestionario incluyó 64 preguntas sobre aspectos sociodemográficos y laborales, proceso asistencial y experiencia y satisfacción con la asistencia recibida.

**Resultados.** Son frecuentes las comorbilidades (82%), como otros tipos de psoriasis (47%), obesidad (41%) y diabetes (24%). Un tercio de los pacientes realizó entre 3-10 visitas médicas antes de un correcto diagnóstico. En un 44% el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico oscila entre una semana y un mes. El 53% sufre al menos un brote al año. Durante su enfermedad, el 65% requieren hospitalización y un 12% ingreso en UCI por brotes. El 59% tiene un tratamiento combinado tópico, sistémico clásico y biológico. Son habituales los cambios de tratamiento y el 64% ha recibido más de 5. El 30% considera que los brotes no se resuelven totalmente con el tratamiento. La media de visitas de seguimiento con dermatología es de 2-3 al año. Un 18% se muestran poco o nada satisfechos con la atención sanitaria recibida.

**Conclusiones.** El observatorio de la PPG es la primera iniciativa con este objetivo en España. Evidencia tanto el alto impacto para

los pacientes derivado de brotes imprevisibles y hospitalizaciones asociadas, como la existencia de una necesidad terapéutica no cubierta. Incluye información valiosa para la optimización del diagnóstico, tratamiento y seguimiento para minimizar el impacto en los pacientes.

#### P111. NON-ANTI-TNF THERAPEUTIC DECISION FOR SUBPOPULATIONS OF PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE PSORIASIS

T. Torres<sup>a</sup>, M.J. Paiva-Lopes<sup>b</sup> and S. Magina<sup>c</sup>

*Dermatología.* <sup>a</sup>Centro Hospitalar Universitário de Santo António. Oporto (Porto). <sup>b</sup>Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa. <sup>c</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João. Oporto (Porto). Portugal.

This study aimed to understand the decision-making for non-anti-TNF biologic therapy in subpopulations of patients with moderate-to-severe psoriasis (PsO). Exploratory interviews (n = 3) were conducted with specialists to create an online structured quantitative survey for Portuguese dermatologists, to define subpopulations who could benefit from initiating non-anti-TNF biologic therapy: patients with latent tuberculosis (LT), mild heart failure (MHF), risk of or recurrent infections (RI), risk of or ongoing oncological disease (OD) and advanced age. A scale from 1 to 3 (none to total benefit) was used to classify each subpopulation benefit in initiating non-anti-TNF biologic therapy. Clinical criteria and unmet needs were also assessed. The anonymized data were self-reported and shared through Grupo Português da Psoríase. In June-July of 2023, 30 Portuguese dermatologists answered the survey, of which 50% work both in private and public sectors. 77% of participants stated that LT patients would benefit initiating non-anti-TNF biologic therapy (score 3). 57% of participants indicated MHF itself as clinical criterion to initiate non-anti-TNF biologic therapy. 70% value patients' OD history, and 73% also consider family history to decide for non-anti-TNF biologic therapy (scores 2.9 and 2.4, respectively). RI were considered clinical criteria to choose non-anti-TNF biologic therapy by 60% of participants. The process of therapeutical approval and current therapeutic recommendations by the Local and National Pharmacy and Therapeutic Committee was considered one of the main limitations in clinical practice for initiating non-anti-TNF biologic therapy in the first line. Despite some limitations in clinical practice, there are clear clinical criteria for the therapeutic decision of these patient subpopulations. However, conducting a comprehensive study to assess other patient subpopulations would add robustness to the data.

#### P112. INFLUENCIA DE UNA CONSULTA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL SEMANAL EN LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA GRAVE

V. Rocamora Duran<sup>a</sup>, M. Bello Crespo<sup>b</sup>, A. Vila Payeras<sup>a</sup> y A. Mandilego García<sup>a</sup>

*Dermatología y Farmacia.* Hospital de Manacor. Manacor (Illes Balears). España.

**Antecedentes y objetivos.** La psoriasis esta asociada con la obesidad. Se retroalimentan al compartir vías antiinflamatorias comunes. El objetivo es conseguir disminuir el peso de los pacientes, entre un del 5-10% del peso original, e influir positivamente tanto en su enfermedad como en la respuesta al tratamiento.

**Materiales y métodos.** Estudio quasi-experimental y prospectivo, en el que se implementó una consulta nutricional semanal en pacientes con psoriasis moderada-grave en tratamiento con un inmunosupresor y con un índice de masa corporal (IMC)  $\geq$  30 a los que se

les diseñaron dietas hipocalóricas específicas, entre junio y diciembre 2022. Las siguientes variables primarias fueron: peso, talla, perímetro abdominal y ejercicio físico. Las variables secundarias: PASI, BSA y PGA. Se pasaron tres escalas validadas de calidad de vida, al inicio y final: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), escala Diario de Signos y Síntomas de Psoriasis (PSSD) e Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI).

**Resultados.** Se incluyeron 20 pacientes, 50% mujeres, con una mediana de edad de 53 años. El 55% consiguió reducir un 5-10% el peso inicial (media: 6%) ( $p < 0,05$ ). La cintura media pasó de  $112 \pm 10,5$  cm a  $106,5 \pm 10,3$  cm ( $p < 0,05$ ). El IMC disminuyó de  $34,4 \pm 5,5$  a  $32,8 \pm 5,5$  ( $p 0,0014$ ). Tan solo el 45% de los pacientes practicaban deporte al inicio (93 min de media), con la motivación de la consulta, se finalizó con un 60% (165 min de media). La medias del PASI pasaron de 1 y a 0,6 ( $p 0,3038$ ), del BSA, de 1,45 a 0,65 ( $p 0,3129$ ) y del PGA, de 0,75 a 0,35 ( $p 0,2098$ ). Por último, la media del PSSD pasó de 18,5 a 15,5 ( $p 0,0931$ ), HADS pasó de 1 a 0 ( $p 0,6663$ ) y DLQI de 6 a 3, de afectación moderada a leve ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** La implementación de una consulta nutricional en pacientes con psoriasis moderada-grave consigue una reducción del peso del 5-10%, mejorando directamente la calidad de vida e indirectamente el control de la enfermedad y respuesta al tratamiento.

### P113. SERIE RETROSPECTIVA DE 27 CASOS DE PSORIASIS PALMOPLANTAR TRATADOS CON ROFLUMILAST ORAL

M.A. Lasheras-Pérez<sup>a</sup>, R. Peñuelas-Leal<sup>b</sup>, J.L. Sánchez-Carazo<sup>b</sup>, A.J. Sahuquillo-Torralba<sup>b</sup>, J. Magdaleno-Tapia<sup>b</sup>, I. Torres-Navarro<sup>a</sup>, B. Unamuno-Bustos<sup>a</sup>, J. López-Davia<sup>a</sup>, C. Pujol-Marco<sup>a</sup> y R. Botella-Estrada<sup>a</sup>

*Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario La Fe. <sup>b</sup>Consortio Hospital General Universitario. Valencia. España.*

**Antecedentes.** La psoriasis palmoplantar (PPP) es una localización especial de psoriasis de difícil tratamiento, que puede requerir medicación sistémica. El roflumilast es un inhibidor de la fosfodiesterasa-4 (IPDE-4) que recientemente ha sido aprobado en EE. UU. en forma de crema para el tratamiento de la psoriasis en placas y un ensayo clínico ha demostrado eficacia de su presentación oral en la psoriasis en placas.

**Objetivo.** Determinar la eficacia y seguridad del roflumilast oral en el tratamiento de la PPP a las 12 y 24 semanas

**Materiales y métodos.** Tras la aprobación del estudio por el Comité de Bioética, se identificaron retrospectivamente los pacientes con PPP tratados con roflumilast oral. Se recopilaron características clínicas basales y escalas de gravedad (PPPGA, Dolor-NRS y Picor-NRS) y la presencia de fisuras a las 12 y 24 semanas.

**Resultados.** Un total de 27 pacientes con PPP tratados con roflumilast oral fueron identificados. La mayoría eran mujeres en la edad adulta con comorbilidades cardiometabólicas y habían recibido tratamientos tópicos y sistémicos. Tras 12 semanas de tratamiento con roflumilast oral 250 microgramos/diario, se logró una mejoría numérica del PPPGA y de la ausencia de fisuras, mientras que se redujo significativamente el dolor-NRS y picor-NRS. A las 24 semanas, la respuesta se mantuvo. Los efectos secundarios se dieron en 17 (63,9%) de los pacientes, mayoritariamente leves, gastrointestinales y tendieron a la autorresolución. Se suspendió el fármaco en 5 (18,5%) de los pacientes, en 2 por efectos secundarios y 3 por ineficacia.

**Conclusión.** Roflumilast oral puede ser una opción terapéutica en la PPP. Existen otros fármacos eficaces aprobados como reflejan los meta-análisis, pero hay una limitación en su prescripción por el alto coste. Respecto a metotrexato, roflumilast tiene un bajo coste, escasas contraindicaciones y efectos secundarios, no requiere monitorización por analíticas sanguíneas, ni restringir el consumo de alcohol.

### P114. ERITRODERMIA PSORIÁSICA TRATADA CON ÉXITO CON BRODALUMAB, A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Tienza Fernández, J.A. Suárez Pérez, P. Navarro Guillamón, G.G. Garriga Martina y E. Herrera Acosta

*Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 60 años, con psoriasis de 15 años de evolución. Acude por primera vez a nuestras consultas en septiembre de 2017, momento en el que se le realiza una biopsia con diagnóstico de psoriasis. Desde entonces se inician múltiples tratamientos tópicos y sistémicos con metotrexato, acitretino, adalimumab y ustekinumab, sin clara mejoría, excepto con ustekinumab con el que se mantiene estable dos años. Sin embargo, en enero de 2023 vuelve a nuestras consultas con aumento importante del prurito y disminución de la calidad de vida (DLQI 28), presentando lesiones eritematosas de aspecto xerótico diseminadas por todo el tegumento (PASI 43, BSA 95, PGA 4), decidimos entonces realizar una nueva biopsia y suspensión del tratamiento biológico previo. Se diagnostica de eritrodermia psoriásica histológicamente e iniciamos tratamiento con brodalumab. A los 45 días el paciente presentaba una gran mejoría clínica con desaparición casi completa del prurito y mejoría de los parámetros relacionados con la calidad de vida (DLQI 3) a la exploración había desaparecido el eritema y solo se apreciaban mínimas áreas de descamación en cuero cabelludo y raíz de miembros inferiores (PASI 3, BSA 2, PGA 1). En las sucesivas revisiones, a los 11 meses del inicio del tratamiento con brodalumab, no han aparecido eventos adversos relacionados con el tratamiento y la enfermedad se encuentra en remisión.

**Conclusiones.** La eritrodermia psoriásica es una forma rara y grave de psoriasis que se caracteriza por eritema y descamación que afecta a más del 90% de la superficie corporal y que generalmente responde peor a los tratamientos sistémicos que la psoriasis convencional. Brodalumab se ha postulado como un tratamiento eficaz en el tratamiento de la psoriasis eritrodérmica con un perfil de seguridad favorable y que mantiene en el tiempo su eficacia, aunque hacen falta ensayos con tamaños muestrales más grandes que avalen dicha experiencia clínica.

### P115. PITIRIASIS RUBRA PILARIS PARAINFECCIOSA CON EXCELENTE EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Lecumberri Indart, M. González Ramos, D. Hernández Calle, J. Naharro Rodríguez, G. Selda Enríquez, M. Fernández Guarino y M.A. Ballester Martínez

*Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

Presentamos el caso de un varón de 47 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por lesiones cutáneas generalizadas pruriginosas de 2 semanas de evolución. Habían comenzado en el cuero cabelludo, extendiéndose progresivamente en sentido cefalocaudal. Negaba introducción de nueva medicación, síndrome constitucional u otra sintomatología. A la exploración, presentaba placas eritematoanaranjadas confluyentes en cuero cabelludo, tronco y extremidades, con descamación intensa en superficie, que dejaban islotes de piel respetada. Asociaba queratodermia palmo-palmar de coloración anaranjada. Ante la ausencia de alteraciones analíticas y la alta sospecha de pitiriasis rubra pilaris (PRP), se comenzó tratamiento con acitretino a dosis de 25 mg al día y mometasona tópica. La biopsia confirmó más tarde el diagnóstico. Sin embargo, el paciente volvió a consultar a la semana por febrícula y tos seca. En las pruebas realizadas se identificó una consolidación en el lóbulo superior derecho, diagnosticándose de neumonía tras aislamiento de *Streptococcus pneumoniae*. Recibió tratamiento con ceftriaxona y azitromicina presentando una evolución satisfactoria, con resolución completa

de la condensación pulmonar. A los dos meses de iniciar el tratamiento con acitretino, el paciente decidió suspenderlo por síntomas depresivos. A pesar de ello, tras la curación de la neumonía las lesiones se resolvieron cefalocaudalmente por completo en las siguientes semanas. No ha presentado recaídas hasta el momento, 7 meses después. Se han considerado las infecciones como posibles desencadenantes de PRP, por un mecanismo de superantígenos. La asociación con infecciones bacterianas es poco frecuente, sobre todo en adultos. Además, la evolución de la PRP, especialmente en la edad adulta, suele ser más prolongada y recidivante. En nuestro caso, el curso paralelo de la neumonía con la evolución de las lesiones cutáneas sugiere el posible origen parainfeccioso de la PRP.

### P116. PSORIASIS PALMOPLANTAR, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

L.A. Pérez González, E. García-Mouronte, E. Berna Rico, M. González Ramos, Á. González-Cantero y M.A. Ballester Martínez

*Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

**Introducción.** La dermatitis atópica y la psoriasis han sido consideradas como dermatosis inflamatorias antagónicas en lo que se refiere a su perfil inmunológico e inflamatorio y su coexistencia se consideraba excepcional. Sin embargo, en los últimos años se han reportado cada vez más casos de solapamiento entre ambas entidades, especialmente en caso de lesiones palmares, acuñándose así el término “Psema” para definir estos casos de solapamiento Psoriasis-eccema.

**Casos.** Presentamos 3 pacientes inicialmente diagnosticados de psoriasis palmar y que, tras fracaso de múltiples tratamientos dirigidos a la psoriasis, fueron satisfactoriamente tratados con dupilumab. Se trata de 3 mujeres con edades de 36, 52 y 67 años, todas ellas diagnosticadas inicialmente de psoriasis palmar, una de ellas con afectación articular y de cuero cabelludo concomitante. En todos los casos las pacientes habían recibido previamente al menos tres modalidades distintas de tratamiento dirigido a psoriasis con fracasos tanto primarios como secundarios. Los tres casos recibieron tratamiento con dupilumab 300 mg cada 2 semanas con inducción inicial de 600 mg, con respuesta completa en dos de los casos, estando el tercero pendiente de reevaluación tras inicio de tratamiento. En una de las pacientes se pudo realizar un descenso de dosis hasta 300 mg cada 3 semanas.

**Discusión y conclusión.** Las lesiones palmares constituyen el principal punto de encuentro entre psoriasis y dermatitis atópica, este solapamiento esta descrito en la literatura como primario pero también como secundario ya que es posible que el tratamiento de una de las dos entidades con terapia dirigida pueda, con el tiempo, modificar la respuesta inmune, desviando el perfil inflamatorio hacia la patología contraria y requiriendo replantear el enfoque terapéutico de estos pacientes e incluso el diagnóstico.

### P117. PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB E IXEKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL. ESTUDIO UNICÉNTRICO A LARGO PLAZO

S. Gómez Martínez, M. Brufau Cochs, M. Sidro Sarto, M. Alsina Gibert y J. Riera Monroig

*Hospital Clínic. Barcelona. España.*

**Antecedentes y objetivos.** Los estudios de supervivencia aportan datos indirectos de eficacia y seguridad. Tradicionalmente, se ha considerado que los fármacos anti IL-23 tenían una mayor supervivencia a largo plazo que IL-17, pero la comparativa entre diferentes IL-17 a largo plazo tiene resultados divergentes en la literatura.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron adultos con psoriasis moderada-grave trata-

dos con secukinumab o ixekizumab entre abril de 2014 y noviembre de 2023. Se registraron sus características basales y respuesta terapéutica desde el inicio del tratamiento hasta su discontinuación. **Resultados.** Se incluyeron 95 pacientes (36% mujeres) con edad media de 57 años. El 56% recibió secukinumab y el resto, ixekizumab, siendo el 44% naïve. El 31% presentaban un IMC  $\geq 30$  y el 27% artritis psoriásica. El 56% presentaba afectación de localizaciones especiales. Las características basales de gravedad de la psoriasis en ambos grupos fueron: [secukinumab: PASI 8,1  $\pm$  5,9; DLQI 11,2  $\pm$  7,4] e [ixekizumab: PASI 8,1  $\pm$  6 y DLQI 9  $\pm$  7,7]. Respecto al análisis de supervivencia, la media de duración del tratamiento con Secukinumab fue de 125,6  $\pm$  116,4 semanas en comparación a 99  $\pm$  77 semanas con Ixekizumab. Los resultados de supervivencia a las semanas 16, 24 y 52 fueron los siguientes: [secukinumab: 94%, 83%, 68%], [ixekizumab 97%, 97%, 82%]. Respecto a la efectividad, presentaron PASI100 en las semanas 16, 24 y 52: [secukinumab: 43%, 56% y 19%] e [ixekizumab: 47%, 40% y 23%]. La principal causa de discontinuación del tratamiento en ambos grupos fue la pérdida secundaria de efectividad (68% y 48% en secukinumab e ixekizumab respectivamente). Los efectos adversos provocaron la discontinuación en 1 caso en secukinumab y en 2 en ixekizumab.

**Conclusiones.** Ixekizumab presentaba una mayor supervivencia a las 52 semanas en comparación que secukinumab, con porcentajes similares de pacientes con persistencia de tratamiento con PASI 100.

### P118. EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD MÍNIMA DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON PSORIASIS: UN ESTUDIO DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL

J.S. Griffiths Acha, M. Menéndez Sánchez, G. Dradi, D. de la Vega Ruiz, S. de Benito Mendieta, A. Méndez Valdés, D.P. Ruiz Genao y J.L. López Esteban

*Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid). España.*

**Introducción.** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que precisa de un manejo terapéutico proporcional y adaptado a su gravedad. La escala de ‘Minimal Disease Activity’ (MDA) se ha propuesto como un criterio integral para evaluar el control de la enfermedad, tomando en cuenta tanto la perspectiva del médico como la del paciente. Este estudio investiga la proporción de pacientes que alcanzan MDA y examina los factores vinculados a su cumplimiento en una cohorte de pacientes consecutivos en práctica clínica real.

**Resultados.** Se incluyeron 75 pacientes de una monográfica de psoriasis. La cohorte consistió en un 50,7% mujeres y 49,33% hombres, con una edad media de 51,6 años. Respecto a los tratamientos, el 34,67% recibía un sistémico clásico, otro 34,67% un biológico, y el 29,33% solo tratamiento tópico. El 44% de los pacientes cumplió con MDA. Entre los que no lo hicieron, el 28,57% tenía artritis activa y el 30,95% presentaba afectación en localizaciones especiales. Los pacientes con MDA mostraron una mayor proporción de hombres (51,52% vs. 48,48%), mayor edad media (54,3 vs. 49,6 años) y menor PASI absoluto (0,45 vs. 2,78). El tratamiento biológico fue más común en el grupo MDA (48,48% vs. 23,81%), mientras que el tratamiento tópico predominó en quienes no lo cumplían (45,24% vs. 9,09%). El 54,24% de los pacientes con un índice PASI absoluto  $\leq 3$  cumplían con MDA.

**Discusión y conclusión.** Los resultados indican una tendencia hacia un mayor cumplimiento de MDA en hombres, con mayor edad y menor PASI, principalmente en aquellos con tratamiento biológico. Es notable que solo la mitad de los pacientes con un PASI absoluto  $\leq 3$ , lo que se podría considerar una medida de éxito terapéutico, alcanzaron MDA. Esta discrepancia entre la medida objetiva del PASI y la percepción subjetiva del paciente resaltada por los criterios de MDA subraya la importancia de una mayor integración de la experiencia del paciente en la evaluación del tratamiento de la psoriasis.

### P119. LA EXPRESIÓN DE CD64 EN MONOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA REFLEJA LA ACTIVIDAD DE LA PSORIASIS

M.M. Llamas Velasco<sup>a</sup>, P. Martínez Fleta<sup>b</sup>, S. Berenguer<sup>c</sup>, M. Aparicio Domínguez<sup>c</sup>, E. Martín Gayo<sup>d</sup>, E. Daudén Tello<sup>e</sup> y H. de la Fuente Flores<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Fundación de Investigación Biomédica de la Princesa. Profesor asociado de la UAM. <sup>b</sup>Servicio de Inmunología. Fundación de Investigación Biomédica de la Princesa. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología. <sup>d</sup>Servicio de Inmunología. Instituto de investigación Biomédica de la Princesa. Profesor de la UAM. <sup>e</sup>Jefe de Servicio de Dermatología. Fundación de Investigación Biomédica de la Princesa. Catedrático de Dermatología de la UAM. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

**Antecedentes y objetivos.** La IL-23 es la citoquina clave en psoriasis. Es producida por células mieloides activadas. Recientemente, se ha evidenciado que la mayoría de la IL-23 en la placa de psoriasis es producida por los monocitos activados con alta expresión del receptor CD64. CD64 es el receptor de alta afinidad de la fracción constante de IgG y se ha correlacionado de manera positiva con la actividad de la artritis psoriásica y la enfermedad de Crohn. No obstante, hoy en día no existe evidencia que correlacione la expresión de CD64 con la gravedad de la psoriasis. El objetivo de este estudio fue analizar la expresión de CD64 en monocitos de sangre periférica de pacientes con psoriasis.

**Métodos.** Se incluyeron muestras de sangre periférica (células mononucleares de sangre periférica) de pacientes con psoriasis sin tratamiento activo. La expresión de CD64 se analizó mediante citometría de flujo mediante en las diferentes subpoblaciones de monocitos. Los monocitos convencionales se identificaron como Lin<sup>-</sup>, HLA-DR<sup>+</sup>, CD11c<sup>+</sup> CD123<sup>-</sup>, CD16<sup>-</sup> CD14<sup>+</sup>, los no convencionales Lin<sup>-</sup>, HLA-DR<sup>+</sup>, CD11c<sup>+</sup> CD123<sup>-</sup>, CD14<sup>dim</sup> CD16<sup>+</sup>, mientras que los monocitos intermedios fueron Lin<sup>-</sup>, HLA-DR<sup>+</sup>, CD11c<sup>+</sup> CD123<sup>-</sup>, CD16<sup>dim</sup>, CD14<sup>+</sup>. Se analizó la correlación entre la expresión de CD64 (IMF) y el PASI basal mediante análisis no paramétrico de Spearman.

**Resultados.** Se analizó la expresión de CD64 en 9 pacientes con psoriasis en placa (5 varones y 4 mujeres), con una media de PASI basal de 12. La expresión de CD64 en monocitos no convencionales correlacionó de forma positiva con el PASI basal con una  $r = 0,078$  ( $p = 0,01$ ). Se identificó también una correlación positiva de la expresión de CD64 y el PASI basal en los monocitos intermedios con una  $r = 0,61$ ,  $p = 0,06$ .

**Conclusiones.** La expresión de CD64 en monocitos de sangre periférica refleja la actividad de la psoriasis evaluada mediante el PASI.

### P120. ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL ABORDAJE DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS EN POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA EN LA PROVINCIA DE ALICANTE

S. Santos Alarcón<sup>a</sup>, F.J. Mataix Díaz<sup>b</sup>, L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>c</sup>, L. García Fernández<sup>d</sup>, P. Soro Martínez<sup>d</sup>, F. Toledo Alberola<sup>e</sup>, I. Poveda Montoyo<sup>f</sup>, L. Berbegal de Gracia<sup>f</sup>, I. González Villanueva<sup>f</sup>, I. Betlloch Mas<sup>f</sup>, J.F. Silvestre Salvador<sup>f</sup> e I. Belinchón Romero<sup>f</sup>

Sección de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante). <sup>b</sup>Hospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa/La Vila Joiosa (Alicante). <sup>c</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>d</sup>Hospital Universitario San Juan. Alicante. <sup>e</sup>Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante). <sup>f</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

**Antecedentes y objetivos.** Los proyectos PSOLDERAGE y PRADA se centran en el estudio de la psoriasis moderada-grave en pacien-

tes mayores de 65 años y la dermatitis atópica moderada-grave en todos los rangos de edad, respectivamente, en la provincia de Alicante. Son estudios observacionales, descriptivos, retrospectivos y multicéntricos. Este trabajo se centra en comparar los pacientes mayores de 65 años de ambos proyectos.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo de las variables analizadas.

**Resultados.** Los pacientes con psoriasis tenían un IMC significativamente más alto y un mayor número promedio de principios activos sistémicos vigentes (5,54) en comparación con pacientes con DA (3,74). En los pacientes con psoriasis ( $n = 321$ ) hay mayor prevalencia de hipertensión (58,3%), dislipemia (57,6%), diabetes (28,3%), síndrome metabólico (38,6%) y enfermedad cardiovascular (23,4%). También se reportaron casos de ansiedad (30,2%), depresión (16,8%) y neoplasia (18,4%). En comparación, los pacientes con DA ( $n = 34$ ) se encontró hipertensión (46,2%), dislipemia (57,7%), diabetes (15,4%), síndrome metabólico (23,1%) y enfermedad cardiovascular (23,1%), así como ansiedad (30,8%), depresión (26,9%) y neoplasia (3,8%). Para considerar si los pacientes estaban correctamente tratados, se utilizaron estándares de calidad de tratamiento, según la enfermedad de base. Para los pacientes con psoriasis, se aplicaron las recomendaciones actualizadas del Grupo de Psoriasis de la AEDV, donde el 49,8% de los pacientes estaban correctamente tratados. En el caso de la DA, se utilizó el objetivo de alcanzar el Minimal Disease Activity propuesto por Silverberg. Los resultados mostraron diferencias significativas, ya que el 80,8% de los pacientes con DA estaban correctamente tratados.

**Conclusiones.** Estos hallazgos enfatizan la necesidad de enfoques terapéuticos adaptados a las características de este subgrupo de edad, así como un amplio margen de mejora en los objetivos terapéuticos más exigentes.

### P121. SECUKINUMAB EN PSORIASIS PALMOPLANTAR: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

S. Corral Pavanelo, S. Merino Molina, C. Tienza Fernández, G.G. Garriga Martina, J.A. Suárez Pérez y E. Herrera Acosta

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

**Antecedentes y objetivos.** Estudiar la eficacia y seguridad del tratamiento con Secukinumab en pacientes con psoriasis palmoplantar en la experiencia clínica.

**Métodos.** Se realiza un estudio observacional retrospectivo incluyendo un total de trece pacientes con psoriasis con afectación palmoplantar que habían iniciado secukinumab como tratamiento, con un tiempo de seguimiento de doce meses.

**Resultados.** Del total de trece pacientes incluidos, siete eran mujeres y seis hombres, con una edad media total de 54.9 años. Entre las comorbilidades más comunes se encontraban la hipertensión arterial y la dislipemia, así como la artritis reumatoide, afectando esta última a cinco del total de pacientes. Con respecto a los tratamientos previos, todos los pacientes habían realizado al menos un tratamiento sistémico clásico (metotrexate, acitretino o ciclosporina). Cinco de los pacientes habían recibido un tratamiento biológico previo (adalimumab, infliximab o ustekinumab) y otros dos pacientes recibieron dos tratamientos biológicos previos (adalimumab y ustekinumab). Previamente al inicio de Secukinumab, cinco pacientes presentaban un PGA 5, cuatro un PGA 4 y el resto un PGA 3; con un PASI basal medio de 11. Tras doce meses de seguimiento, once de los pacientes presentaban un PGA 0, tan solo un paciente presentaba un PGA 1 y otro había suspendido tratamiento por aparición de lesiones compatibles con prurigo nodular en relación al tratamiento. El PASI medio al año de seguimiento era de 1,5. De los pacientes que continuaron con el tratamiento, ninguno refirió efectos secundarios ni efectos adversos.

**Conclusiones.** La afectación palmoplantar en psoriasis, con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, plantea un reto terapéutico en la práctica clínica real. A este respecto, Secukinumab ha demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro para la psoriasis con afectación de esta localización especial, en consonancia con los estudios ya publicados previamente.

### P122. SÚPER RESPONDEDORES A INHIBIDORES DE LA IL23 EN PACIENTES CON PSORIASIS DE UN CENTRO EN CASTILLA LA MANCHA

M. Cotarelo Hernández, E.R. Martínez Lorenzo, C. Romera de Blas, M.V. Signes-Costa Smith, N. Aranda Sánchez, J.J. Amorós Oliva, M.J. Carrera Hernández, P. Blázquez Pérez, J. Moreno-Manzanaro García-Calvillo, L. Carbonero Jiménez y C. Pérez Hortet

*Dermatología. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. España.*

Los pacientes con psoriasis tratados con inhibidores de la IL23 que presentan respuestas rápidas, completas y mantenidas en el tiempo se denominan súper respondedores (SR). El objetivo de nuestro estudio es definir las características demográficas y basales de los pacientes SR a inhibidores de la IL23 en nuestro centro. Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con un total de 97 pacientes de un centro de Castilla La Mancha tratados con inhibidores de la IL23. Se define SR como aquellos que alcanzan PASI < 1 en semana 16 y lo mantienen hasta al menos semana 52. Del total, 46 pacientes recibieron guselkumab, 37 risankizumab y 14 tildrakizumab. Se identificaron a 33 pacientes SR: 14 con guselkumab (30% de su grupo), 16 con risankizumab (43% de su grupo), y 3 con tildrakizumab (21% de su grupo). Los SR a guselkumab, frente a los no SR, presentaban una menor edad, menor IMC medio, menos comorbilidades, como HTA (28% vs. 37,5% en no SR) y artritis psoriásica (14% vs. 34%), así como menor afectación de localizaciones especiales (42% vs. 59%). Además, presentaban un PASI medio basal menor (11,4 vs. 25,1) y un menor número de biológicos previos (1,4 vs. 1,74). Los SR a risankizumab, frente a los no SR, presentaban una menor edad y menor IMC medio. Presentaban un PASI medio basal menor (7 vs. 8,21), aunque con mayor afectación de localizaciones especiales (75% vs. 38% en no SR); y un menor número de biológicos previos (1,42 vs. 2,19). Los SR a tildrakizumab, frente a los no SR, constituían un grupo pequeño poco representativo. Destacaba un menor número de fármacos sistémicos en los SR y eran todos naïve a biológicos. Como conclusión, presentamos una serie de SR a fármacos anti IL23 en práctica clínica real, definiendo las características epidemiológicas predictoras de súper respuesta observadas en cada grupo, destacando en los tres grupos el menor número de biológicos previos; y en el grupo de guselkumab y risankizumab un menor PASI basal.

### P123. DERMATOSIS PUSTULOSA SUBCORNEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CON RESPUESTA EFICAZ A ANAKINRA EN COMBINACIÓN CON ACITRETINO

R. del Cristo Cova Martín, F.J. Pérez Bootello, J. Naharro Rodríguez, D. Hernández Calle, A. Lecumberri Indart, L.A. Martínez de Salinas y M.A. Ballester Martínez

*Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.*

La dermatosis pustulosa subcorneal (DPSC) o enfermedad de Sneddon-Wilkinson, es una entidad rara caracterizada por brotes recurrentes de pústulas neutrofílicas crónicas, predominantemente en tronco y pliegues. La investigación en los últimos ha demostrado un papel patogénico significativo de la interleucina (IL)-1 en las dermatosis con formación de pústulas. Estos hallazgos plantean la

posibilidad de que terapias dirigidas a su inhibición representen una alternativa eficaz; sin embargo, la experiencia en vida real se limita a pequeñas series de casos. Presentamos el caso de una mujer de 61 años con múltiples y recurrentes brotes de lesiones pustulosas de manera generalizada (más del 70% de la superficie corporal), que limitaban profundamente su calidad de vida. Con diagnóstico inicial de psoriasis pustulosa generalizada, se iniciaron múltiples líneas de tratamiento, incluyendo corticoides, sulfonas, ustekinumab, acitretino, colchicina, rituximab, metotrexato, infliximab, secukinumab y spesolimab en última instancia. Ante la refractariedad frente estas terapias, se realizaron nuevas biopsias que confirmaron finalmente el diagnóstico de DPSC y se optó por iniciar anakinra, un antagonista del receptor de la interleucina-1, a dosis de 100 mg diarios fuera de ficha técnica. Frente a la respuesta parcial a los dos meses, se decidió asociar acitretino a una dosis de 25 mg. Esta intervención en combinación ha demostrado una mejoría clínica progresiva, evidenciándose en la disminución de la frecuencia de brotes a las ocho semanas y culminando en un aclaramiento casi total de las lesiones. La respuesta favorable con anakinra en combinación con acitretino observada en este caso subraya la dificultad en el diagnóstico y manejo de las enfermedades pustulosas, destacando la importancia de la investigación continua en el desarrollo de terapias más específicas. Se requieren estudios adicionales para validar estos hallazgos y establecer pautas claras en el manejo de casos similares.

### P124. TRATAMIENTO COMBINADO CON INHIBIDORES DE INTERLEUQUINA 23 Y UPADACITINIB EN 2 PACIENTES

H. Muñoz González<sup>a</sup>, R. Aragón Miguel<sup>a</sup>, Á. Aragón Díez<sup>b</sup>, G. Robayna Torres<sup>a</sup>, I. Alonso García<sup>a</sup>, A. Lapresta Lázaro<sup>a</sup>, M.J. López Redondo<sup>a</sup>, O. González Valle<sup>a</sup> e I. Martín González<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe (Madrid). España.*

El manejo de los pacientes con psoriasis ha sufrido importantes cambios en la última década gracias a la aparición de nuevos tratamientos que han permitido alcanzar objetivos como el blanqueamiento completo. A pesar de ello, el control completo de la enfermedad psoriásica puede seguir siendo un reto en algunos pacientes. Presentamos la historia de dos pacientes con psoriasis y artropatía asociada en tratamiento combinado con inhibidores de interleuquina 23 (antiIL23) y upadacitinib, un inhibidor de JAK1, consiguiendo la ausencia de actividad de la enfermedad tras la realización de múltiples tratamientos previos.

**Caso 1.** Varón de 46 años con psoriasis de larga data, habiendo realizado tratamiento con distintos fármacos sistémicos clásicos (ciclosporina, acitretina, metotrexato) y biológicos (adalimumab, etanercept, ustekinumab y secukinumab). Estando en tratamiento con ixekizumab se produce una progresiva pérdida de respuesta a nivel cutáneo desarrollando un episodio de dactilitis, diagnosticándose de artritis psoriásica. Tras fallo primario a brodalumab se inicia tratamiento con risankizumab alcanzando PASI 0 pero sin control articular. A pesar de asociación de antiIL23 con apremilast no se consigue respuesta terapéutica por lo que se inicia tratamiento con upadacitinib sin suspender antiIL23 resolviéndose la clínica articular.

**Caso 2.** Varón de 50 años con psoriasis con artropatía y predominio de la clínica articular que había recibido tratamiento con salazopirina, leflunomida, metotrexato, golimumab, etanercept y secukinumab, suspendido este último por fallo secundario. Se inicia tratamiento con guselkumab asociándose posteriormente apremilast. Persistiendo clínica articular se sustituye apremilast por upadacitinib alcanzándose control completo de la enfermedad.

La combinación de tratamiento con antiIL23 y upadacitinib puede ser útil en pacientes concretos, con afectación cutánea y articular, larga evolución de su enfermedad y múltiples tratamientos previos.

## P125. MODIFICACIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON PSORIASIS TRATADOS CON FOTOTERAPIA

M. J. Sánchez Pujol<sup>a</sup>, L. Schneller-Pavelescu Apetrei<sup>b</sup>, A. Docampo Simón<sup>c</sup>, C. Mora<sup>d</sup>, Y. Sanz<sup>d</sup>, E. Terrado Blanco<sup>d</sup>, J.M. Ramos Rincón<sup>e</sup> e I. Belinchón Romero<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Hospital Marina Baixa de Villajoyosa. Villajoyosa/La Vila Joiosa (Alicante). <sup>b</sup>Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). <sup>c</sup>Gavín Dermatólogos. Vigo (Pontevedra). <sup>d</sup>Instituto de Agroquímica y Tecnología de Alimentos (IATA). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Valencia. <sup>e</sup>Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. España.

**Antecedentes.** Diversos trabajos han mostrado alteraciones en la microbiota intestinal de los pacientes con psoriasis. Factores ambientales como la exposición a radiación ultravioleta pueden modificar la microbiota intestinal. El objetivo de este trabajo fue analizar las modificaciones en la microbiota intestinal de pacientes con psoriasis tratados con fototerapia UVBBE.

**Materiales y métodos.** Estudio prospectivo de 25 pacientes con psoriasis grave que recibieron tratamiento con fototerapia UVBBE según práctica clínica habitual. Se obtuvieron muestras de microbiota intestinal antes del inicio y al concluir el tratamiento UVBBE. Se secuenciaron las regiones hipervariables V3 y V4 del gen rARN 16s, analizando los resultados según la pipeline DADA2 y empleando la base de datos SILVA para la clasificación taxonómica.

**Resultados.** No hubo diferencias en la alfa-diversidad y beta-diversidad entre los grupos antes y después del tratamiento. En cuanto a la abundancia absoluta por filo, hubo un incremento significativo en la abundancia de Bacteroidota, y una disminución en la abundancia de Verrucomicrobiota y Euryarchaeota tras el tratamiento. En el análisis de abundancia por especie, tras el tratamiento, se encontró un incremento significativo en la abundancia de *Faecalibacterium prausnitzii*.

**Discusión y conclusiones.** Las poblaciones de *F. prausnitzii* se encuentran disminuidas en heces de pacientes con psoriasis, obesidad, o enfermedad inflamatoria intestinal. Esta bacteria ha demostrado presentar propiedades antiinflamatorias y estar implicada en la producción de ácidos grasos de cadena corta, particularmente butirato, importantes para el mantenimiento de la función barrera intestinal y la regulación del sistema inmune. En nuestro estudio, hemos encontrado un incremento en las poblaciones intestinales de bacterias antiinflamatorias tras el tratamiento con UVBBE en pacientes con psoriasis.

## P126. SECUKINUMAB EN VIDA REAL: EXPERIENCIA TRAS 2 AÑOS DE SU APROBACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS PSORIASIS PEDIÁTRICA, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL ÁREA DE LEVANTE

I. Albert Cobo<sup>a</sup>, A.A. González Ruiz<sup>b</sup>, M. Pozuelo Ruiz<sup>c</sup>, S. Santos Alarcón<sup>d</sup>, A. Martín Santiago<sup>e</sup>, F.J. Melgosa Ramos<sup>f</sup>, T. Martínez Menchón<sup>g</sup>, A. Esteve Martínez<sup>h</sup>, A. Mateu Puchades<sup>i</sup>, F. Millán Parrilla<sup>j</sup>, J. Carrasco Muñoz<sup>k</sup>, R. Hernández Quiles<sup>a</sup>, M. Senent Valero<sup>a</sup>, I. Betlloch Mas<sup>a</sup> y L. Berbegal de Gracia<sup>a</sup>

*Dermatología. Hospital General Universitario Doctor Balmis. Alicante. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi (Alicante). Hospital Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva (Valencia). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. Consorcio Hospital General Universitario. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.*

**Introducción.** El tratamiento de la psoriasis pediátrica moderada-grave supone un reto terapéutico. Secukinumab está autorizado

a partir de 6 años, aunque existe poca experiencia en práctica clínica.

**Objetivo.** Recopilar la experiencia en vida real del uso de secukinumab en menores de 18 años en hospitales del levante español.

**Material y métodos.** Recogemos pacientes menores de 18 años que al menos hubieran completado el período de inducción con secukinumab. Valoramos variables epidemiológicas, clínicas, comorbilidades y respuesta al tratamiento mediante PASI, BSA y DLQI en cuatro visitas: la primera tras la inducción a 5 ± 2 semanas, la segunda a 12 ± 2 semanas, la tercera tras 24 semanas, y la cuarta a 52 ± 2 semanas. También se evaluaron los efectos secundarios del tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron 22 pacientes (8 varones y 14 mujeres) de entre 3 y 18 años. Todos tenían psoriasis en placas predominando la afectación palmo-plantar en 5 casos y, al menos una localización especial afecta (18 cuero cabelludo, 6 ungueal y 6 genital). Además, 1 paciente tenía psoriasis invertida y otro una pustulosis generalizada. La edad media de inicio de la psoriasis fue de 7,2 años y 14 pacientes habían seguido tratamiento sistémico/biológico previo o fototerapia. Todos los pacientes fueron evaluados tras el período de inducción; 18 en la visita 1, 15 en la visita 2, 13 en la visita 3 y 7 en la visita 4. La mediana de PASI basal fue 11, con una reducción a 3 en la visita 1 y con reducción hasta casi 0 a las 52 semanas de tratamiento. Además, mejoró el BSA (media basal 10) hasta prácticamente 0 a las 52 semana. Un paciente interrumpió el tratamiento tras la inducción por curación, otro tras la semana 24 por falta de respuesta, y otro por presentar una reacción eczematosa paradójica.

**Conclusiones.** Nuestros datos en vida real muestran una respuesta terapéutica rápida y mantenida sin efectos adversos relevantes.

## P127. APREMILAST EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

L. Martínez Montalvo, O. Al-Wattar Ceballos, M. Montero García, M. Gómez Manzanares, M. Carmona Rodríguez, M. García Arpa, M.P. Sánchez Caminero y G. Romero Aguilera

*Dermatología. Hospital General Universitario. Ciudad Real. España.*

**Objetivos.** El objetivos de nuestro trabajo fue describir las características clínicas de pacientes con psoriasis tratados con apremilast en un entorno de práctica clínica real y evaluar la efectividad y tolerancia del mismo.

**Materiales y métodos.** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo, a partir de los datos obtenidos de historias clínicas de pacientes en tratamiento con apremilast en un centro de tercer nivel en los últimos 5 años.

**Resultados.** Se incluyeron 10 pacientes, 5 hombres y 5 mujeres, de 60 años de edad media (Rango 44 a 80 años), con un tiempo medio de evolución de la psoriasis de 21,5 años. La mayoría de pacientes tenían psoriasis moderada-severa, el PASI medio al inicio fue de 8,50. Siete de los 10 pacientes ya habían realizado alguna terapia sistémica previa, y de éstos 2 habían sido biológicos. En el 80% de los casos se escogió apremilast debido a la existencia de comorbilidades que contraindicaban el uso de otros tratamientos sistémicos, entre ellos destaca la presencia de neoplasias asociadas en 4, síndrome metabólico y obesidad en 2 y presencia de infecciones crónicas en otros 2 casos. El PASI mejoró de media un 59,4% (PASI 3.45) a los 3 meses. No tuvimos en nuestra serie efectos adversos severos que requirieran la suspensión del fármaco, el efecto adverso más frecuente fue diarrea que apareció en 2 pacientes.

**Conclusiones.** Presentamos los casos de 10 pacientes en tratamiento con apremilast en práctica clínica real, suponiendo una alternativa segura en pacientes con psoriasis moderada a grave y antecedentes de neoplasia o infecciones.

### P128. RISANKIZUMAB, UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD EN PSORIASIS REFRACTARIA E INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE NO CANDIDATA A QUIMIOPROFILAXIS

M.A. Ruiz Villanueva, A.A. Cabanillas Cabral, M. Martins Lopes, L. Bejarano Antonio, S. Rodríguez Conde, J.A. Oliva Fernández, J. Cañueto Álvarez y M. González de Arriba

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. España.*

**Introducción.** El arsenal terapéutico del que disponemos para la psoriasis es amplio pero, en ocasiones, se nos presentan situaciones que suponen verdaderos retos. Algunos de los nuevos fármacos nos abren una ventana de oportunidad segura y eficaz en estas ocasiones.

**Caso clínico.** Varón de 47 años en seguimiento en nuestro servicio por psoriasis en placas grave. Como antecedente, presenta una fibrosis retroperitoneal con estenosis de la vena cava y episodios de trombosis secundaria precisando anticoagulación crónica. En 2017, iniciamos Acitretina con mala tolerancia. En 2018, ante mal control con tratamiento tópico, iniciamos fototerapia Re-UVB sin control óptimo y con rápido empeoramiento tras abandonar las sesiones. En 2022, añadimos Roflumilast que fue suspendido por intolerancia digestiva. Planteamos inicio de tratamiento biológico, pero presenta IGRA positivo sin ser candidato a profilaxis de infección tuberculosa latente (ITBL) debido a interacción farmacológica y a hipertransaminemia. Por este motivo y por el riesgo de hipercoagulabilidad, se desestima Metotrexate. En marzo de 2023, con PASI 26,8 y BSA50%, iniciamos risankizumab y, tres meses después, se presenta sin lesiones cutáneas ni reactivación de su ITBL

**Discusión.** Los fármacos clásicos en el tratamiento de la psoriasis presentan un notable riesgo de efectos secundarios que limitan su seguridad, queriendo destacar la mayor incidencia de trombosis con metotrexate, bien descrito en ficha técnica. Los avances en los fármacos biológicos ponen a nuestra disposición alternativas cada vez más eficaces y seguras, aunque algunos presentan incremento del riesgo de reactivación de ITBL siendo indispensable la profilaxis. Risankizumab incluyó pacientes con ITBL en su ensayo clínico demostrando ser una alternativa segura y eficaz en este escenario. Presentamos un caso que lo ilustra y que nos permite recordar las precauciones en situaciones de hipercoagulabilidad, que raras veces presentan nuestros pacientes de psoriasis.

### P129. PSORIASIS EN PLACAS GRAVE EN UN PACIENTE CON Distrofia Miotónica TIPO 1 CON BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA A RISANKIZUMAB

P. Merlo Gómez, E.J. García Verdú, E.L. Pinto Pulido, S. Medina Montalvo e I. Polo Rodríguez

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). España.*

**Introducción.** La presentación concomitante de psoriasis en pacientes con distrofia miotónica tipo 1 (DM1) está pobremente descrita en la literatura. Presentamos según nuestro conocimiento el primer caso de un paciente con DM1 y psoriasis con buena respuesta a risankizumab.

**Caso clínico.** Varón de 47 años con DM1, obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, con psoriasis en placas de más de 20 años de evolución bien controlada inicialmente con tratamientos tópicos, con posterior evolución a psoriasis grave con PASI (Psoriasis Area and Severity Index) de 38,9 y BSA (Body Surface Area) de 78%. Se decidió inicio de risankizumab con posología estándar con franca mejoría de las lesiones, consiguiéndose PASI 0 a los 3 meses. Tras suspensión por motivos no médicos del tratamiento a los 4 meses, debutó con lesiones de sebopsoriasis faciales, decidiéndose reanudar la administración de risankizumab.

**Discusión.** La DM1 o enfermedad de Steinert representa la forma más habitual de distrofia miotónica del adulto y tiene como manifestaciones cutáneas más frecuentes la alopecia frontal masculina temprana y los pilomatricomas, así como un incremento de riesgo de melanoma y cáncer cutáneo no melanoma. La presencia concomitante de psoriasis en pacientes con DM1 está pobremente descrita, existiendo datos contradictorios acerca de la posible asociación entre ambas entidades. La eficacia y seguridad de los tratamientos biológicos para psoriasis en esta población se desconoce. Presentamos según nuestro conocimiento el primer caso de un paciente con DM1 y psoriasis con buena respuesta terapéutica a risankizumab. El único caso descrito en la literatura de paciente con DM1 y psoriasis con tratamiento biológico obtuvo buena respuesta y seguridad a ustekinumab. Son necesarios nuevos estudios que evalúen la posible asociación entre ambas entidades y la eficacia y seguridad de los tratamientos biológicos para psoriasis en esta población.

### P130. PSORIASIS TRATADA CON DOSIS BAJAS DE ROFLUMILAST ORAL

A. Llull Ramos<sup>a</sup>, I. Gracia Darder<sup>a</sup>, M.C. Montis Palos<sup>b</sup>, C.M. Martorell Moreau<sup>a</sup> y J. Escalas Taberner<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). <sup>b</sup>Hospital Son Espases. Palma de Mallorca (Illes Balears). España.*

**Caso clínico.** Mujer de 41 años, con hipertensión y migraña. Presentaba psoriasis palmar con aisladas placas en abdomen y miembros inferiores, que no habían respondido a tratamiento tópico, ni a 15 miligramos semanales de metotrexate. Se pautó roflumilast 500 µg al día fuera de ficha técnica. Al mes, había mejorado notablemente, pero la paciente refería vómitos y empeoramiento de su migraña habitual. Se disminuyó la dosis a 250 µg de roflumilast al día y la paciente consiguió controlar los efectos secundarios. A los tres meses se alcanzó un PASI 100 y solo refería náuseas ocasionales.

**Discusión.** El apremilast, un inhibidor de la fosfodiesterasa cuatro, se utiliza en dermatología en enfermedades como la psoriasis con un buen perfil de seguridad. El roflumilast, también inhibidor de la fosfodiesterasa-4, está aprobado para la prevención de exacerbaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y fenotipo de bronquitis crónica, con un precio de venta muy inferior al apremilast. El roflumilast tópico, se aprobó para la psoriasis en placas y la dermatitis seborreica. Se ha utilizado este fármaco en su forma oral para el tratamiento de varias enfermedades dermatológicas fuera de ficha técnica. Existen en la literatura varios casos de pacientes con psoriasis y buena respuesta a roflumilast oral a dosis de 500 µg al día. En los ensayos clínicos de roflumilast en EPOC resultó ser un fármaco bien tolerado, siendo los efectos adversos más frecuentes la diarrea, la pérdida de peso y las náuseas. Nuestra paciente presentó cefalea y vómitos con la toma de roflumilast a 500 µg al día, que disminuyeron al descender la dosis del fármaco a la mitad, lo que permitió continuar con el tratamiento.

**Conclusiones.** El roflumilast puede ser una buena opción terapéutica en pacientes con psoriasis debido a su precio y su buen perfil de seguridad. Proponemos el uso de la dosis de 250 µg al día en pacientes con psoriasis con el fin de disminuir los posibles efectos adversos.

### P131. PSORIASIS PUSTULOSA ANULAR TRATADA SATISFACTORIAMENTE CON ESPESOLIMAB: PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. Sanchis Sánchez<sup>a</sup>, A. Arrieta Vinaixa<sup>a</sup>, J. Boix Vilanova<sup>a</sup>, S. Porcar Saura<sup>a</sup>, A. Pellicer Castell<sup>b</sup> y R. Carmena Ramón<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de La Plana. Villarreal (Castellón). España.*

La psoriasis pustulosa generalizada (PPG) es una variante rara y grave de psoriasis caracterizada por la aparición de pústulas estériles y lagos de pus sobre amplias áreas de eritema. El curso clínico es heterogéneo y puede presentarse con brotes recurrentes o persistentes, acompañados de síntomas sistémicos. Existe una forma clínica de PPG anular que se caracteriza por la presencia de lesiones anulares o policíclicas, con eritema y descamación con pústulas en periferia, a menudo asociada a síntomas sistémicos leves. Recientemente, Spesolimab, un inhibidor del receptor de la IL-36, ha sido aprobado en Europa para el tratamiento de los brotes de PPG. Presentamos el caso de una mujer de 62 años con brotes de GPP anular de predominio en axilas, regiones submamarias, cara interna de brazos, glúteos y costados, sin síntomas sistémicos asociados, desde el 2014. La paciente ha recibido múltiples tratamientos con eficacia limitada, tales como corticoides tópicos, ciclosporina, metotrexato, acitretina, dapsona, ustekinumab, apremilast, guselkumab y risankizumab. En febrero de 2023, la paciente presentaba un GPPGA de 2 y un BSA del 3% y ante la ausencia de mejoría con los diferentes tratamientos prescritos, se decidió solicitar Spesolimab en el programa de uso compasivo. La paciente fue tratada con una única infusión intravenosa de spesolimab 900 mg en marzo de 2023. A la semana de la administración las pústulas habían desaparecido y solo persistían máculas rosadas, con un BSA del 1% y un GPPGA de 1. El tratamiento fue bien tolerado, excepto por el desarrollo de astenia. Seis meses después del tratamiento con Spesolimab, la paciente permanece libre de brotes y no ha desarrollado efectos adversos graves. Presentamos un caso de GPP anular que, tras numerosos fracasos con varias terapias sistémicas y biológicas previas, ha mostrado muy buena respuesta con una única infusión de Spesolimab, con mantenimiento de la respuesta a los seis meses y sin efectos adversos graves.

### P132. BIMEKIZUMAB EN PSORIASIS EN PLACAS, EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN

A. González Quesada<sup>a</sup>, M.B. Madrid Álvarez<sup>b</sup>, N. González Báez<sup>c</sup>, B. Rivero Moreno<sup>c</sup>, J. Vilar Alejo<sup>d</sup> e I. Castaño González<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, <sup>b</sup>Psicóloga. Servicio Dermatología, <sup>c</sup>Enfermera. Servicio Dermatología y <sup>d</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). España.

Bimekizumab es el primer y único inhibidor dual y selectivo de las isoformas A y F de la IL-17 aprobado para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave. Su novedoso mecanismo de acción permite alcanzar altas tasas de aclaramiento completo de la piel demostrando superioridad en ensayos clínicos head-to-head frente a adalimumab, ustekinumab y secukinumab. Los pacientes tratados en práctica clínica a menudo son más complejos que aquellos que han formado parte de los ensayos clínicos. Por este motivo, los resultados de práctica clínica pueden ayudar a reforzar la eficacia y seguridad de los tratamientos. Sin embargo, dada la reciente aprobación de bimekizumab, esta experiencia en práctica clínica todavía es escasa. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de bimekizumab a través de un análisis retrospectivo de los pacientes con psoriasis en placas moderada-grave tratados en nuestro hospital. Se describen las características basales de los pacientes, tratamientos previos y comorbilidades. Se presenta un estudio retrospectivo en pacientes con psoriasis en placas tratados con bimekizumab en condiciones de práctica clínica habitual en nuestro hospital. Se incluyeron hasta la fecha 8 pacientes con una edad media de 36,7 años. El 88% de los pacientes habían fracasado previamente a otros tratamientos biológicos. El 88% de los pacientes fueron tratados con bimekizumab 320 mg cada 8 semanas, sin realizar la dosis de inicio cada 4 semanas durante las primeras 16 semanas. Todos los pacientes mostraron un aclaramiento rápido

y sostenido de la piel y una mejora significativa en la calidad de vida. No se identificaron efectos adversos graves. La efectividad de bimekizumab observada en nuestros pacientes es similar a la reportada en los ensayos clínicos, sin nuevas alertas de seguridad. Nuestra experiencia respalda que la combinación de eficacia, rapidez, durabilidad, posología cómoda y seguridad se traduce en unos mejores resultados para los pacientes.

### P133. ESTUDIO PROSCALP: UN ESTUDIO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN CON LA CREMA CAL/BDP CON TECNOLOGÍA PAD EN SU USO EN EL TRATAMIENTO PARA LA PSORIASIS EN PLACAS DEL CUERO CABELLUDO DE LEVE A MODERADA EN ADULTOS

J.L. López Estebaranz<sup>a</sup>, M. Velasco Pastor<sup>b</sup>, J. Galván<sup>c</sup>, B. Norela<sup>c</sup> y V. Martínez<sup>c</sup>

Servicio de Dermatología. <sup>a</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>b</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>c</sup>Almiral GMA. Barcelona. España.

**Introducción.** El cuero cabelludo es una de las zonas del cuerpo más afectadas por la psoriasis (PsO), con una prevalencia de aproximadamente el 40-50% y representa una carga importante para los pacientes. La PsO, especialmente con afectación del cuero cabelludo, puede causar un importante trastorno psicosocial.

**Diseño.** Estudio internacional, prospectivo y observacional de cohorte para evaluar la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, resultados comunicados por los pacientes, la eficacia y la seguridad de una combinación de dosis fijas de CAL/BDP crema para el tratamiento de la psoriasis en placas del cuero cabelludo de leve a moderada en adultos (PRO-SCALP). Está previsto incluir a 300 pacientes con PsO en placas del cuero cabelludo de leve a moderada en 60 Centros de tres países: Alemania, España y el Reino Unido. La duración del estudio será de aprox 24 meses. El periodo de observación de los pacientes individuales será de 8 y 12 semanas.

**Objetivos.** *Objetivo principal:* • Evaluar la satisfacción de los pacientes con el CAL/BDP PAD Crema mediante el Cuestionario de Satisfacción del Tratamiento TSQM-9. *Objetivos secundarios:* • Evaluar la calidad de vida (QoL) de los pacientes tratados con esta crema mediante el cuestionario Scalpdex. • Evaluar su eficacia según la Evaluación Global Médica de la PsO en el cuero cabelludo (Scalp PGA). • Evaluar su eficacia, medida en términos del paciente como el peor prurito debido a la psoriasis experimentada durante la última semana, informada por el paciente, mediante la Escala de Calificación Numérica de Peor Picazón (WI-NRS). *Subestudio:* Se pretende realizar un subestudio de 30 pacientes en el cual, además de la evaluación de los parámetros mencionados, se realizarán fotografías de las zonas del cuero cabelludo con PsO tratadas en la visita de referencia inicial y aproximadamente a las 4 y 8 semanas después del comienzo del tratamiento.

### P134. RELACIÓN ENTRE EL USO DE ADALIMUMAB Y NIVELES SERIOS DE ÁCIDO ÚRICO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CUTÁNEAS: ESTUDIO EN PSORIASIS E HIDRADENITIS SUPURATIVA

E. Lopez Vera, G. de la Vega Calvo Moreno, D. Jesús Godoy Díaz, T. Martín González, M.D. Fernández Ballesteros y L. Martínez Pilar

Dermatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

**Introducción.** La psoriasis y la hidradenitis supurativa son enfermedades inflamatorias crónicas, siendo la hiperuricemia, junto con el riesgo cardiovascular o el síndrome metabólico, comorbilidades asociadas. Una de las reacciones adversas expuestas en ficha técnica de adalimumab es la hiperuricemia.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del tratamiento con adalimumab sobre los niveles séricos de ácido úrico en pacientes con psoriasis y/o hidradenitis.

**Material y métodos.** La población del estudio incluyó pacientes adultos diagnosticados de psoriasis o hidradenitis supurativa en el Hospital Regional de Málaga, con inicio de adalimumab desde 2018. En esta cohorte, analizamos retrospectivamente los niveles de ácido úrico antes de iniciar adalimumab, a los 3 meses y a los 12 meses de tratamiento.

**Resultados.** Un total de 76 pacientes, 40 hombres y 36 mujeres, fueron incluidos en este estudio. De ellos, 23 diagnosticados de HSA (Hurley III) y 53 con diagnóstico de psoriasis (PASI > 15). Los niveles de ácido úrico fueron significativamente superiores en hombres ( $5,88 \pm 1,28$ ) respecto a las mujeres ( $5 \pm 1,13$ ) ( $p < 0,0025$ ). Los niveles séricos de ácido úrico descendieron de  $5,35 \pm 1,23$  a  $5,28 \pm 1,26$  mg/dl a los 3 meses de tratamiento con adalimumab, resultando la diferencia de estas medias en 0,72 con un P valor no estadísticamente significativo de 0,491, y de 0,92 para la comparación de medias a los 12 meses de tratamiento.

**Conclusión.** Nuestro estudio no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en los valores séricos de ácido úrico antes y después del tratamiento con adalimumab en pacientes con enfermedad inflamatoria cutánea. No obstante, el estudio de F. Tamer et al concluyó en una disminución significativa de la uricemia tras tratamiento con adalimumab, difiriendo así con las especificaciones en ficha técnica. Estudios con mayor número muestral deben ser realizados para obtener resultados con mayor significación estadística.

### P135. EXPERIENCIA DE USO DE RISANKIZUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Abraira Meriel<sup>a</sup>, M.A. Sánchez López<sup>a</sup>, S. Simón Coloret<sup>a</sup>, I. Bertomeu Genis<sup>a</sup>, C. Naharro Fernández<sup>a</sup>, S. Armesto Alonso<sup>a</sup>, J. Sánchez Gundín<sup>b</sup>, P. Munguía Calzada<sup>a</sup>, F. Moro Bolado<sup>a</sup>, B. Castro Gutiérrez<sup>a</sup>, M. Drake Monfort<sup>a</sup>, M. Marcellan Fernández<sup>a</sup>, C. Gómez Fernández<sup>a</sup>, M.G. Pérez Paredes<sup>a</sup>, L. Quintana Castanedo<sup>a</sup>, S. Yáñez Díaz<sup>a</sup> y M.A. González López<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). España.

Risankizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea la IL-23 autorizado en psoriasis desde 2020 y recientemente en artritis psoriásica. Con el objetivo de evaluar la efectividad y seguridad en práctica clínica real se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con Risankizumab en un hospital de tercer nivel. Los datos se obtuvieron a través del registro de prescripción e historia clínica electrónica. Se identificaron un total de 21 pacientes (13 mujeres) con una edad media de 49,8 años (rango 38-68), de los cuales el 42,8% tenían artritis psoriásica, un 9,5% psoriasis pustulosa y un 66% presentaba afectación de localizaciones especiales (uñas, cuero cabelludo, palmo-plantar o genital). Un 66% presentaban comorbilidades entre las que destacan dislipemia (42%), HTA (33,3%) y neoplasias (9,5%). El 62% habían recibido tratamiento sistémico clásico previo, un 52% fototerapia y todos tratamiento biológico, de los cuales el 48% habían recibido 3 o más fármacos y un 67% habían sido tratados frente a IL-17. La media de meses en tratamiento y de dosis recibidas fue de 10 y 5 respectivamente. Un 43% de los paciente consiguieron PASI 0-1 a la semana 16. En un paciente se optimizó la dosis espaciando a cada 14 semanas y 6 pacientes (23%) precisaron intensificación de dosis. Siete pacientes (33%) suspendieron el tratamiento, 2 (9,5%) por ineficacia, 2 (9,5%) por otros motivos y 3 (14,2%) por efectos adversos: 1 foliculitis persistente, 1 urticaria y una probable neumonitis. Nuestro estudio arroja datos de eficacia inferiores a los estudios pivotaes, si bien nuestro perfil de paciente es más complejo con casi un 50% refractario a 3 o más biológicos y formas de psoriasis

como la pustulosa. También aportamos experiencia en optimización en intensificación de dosis. Por último, cabe destacar la aparición de un posible caso de neumonitis en estudio que no ha sido descrito hasta ahora en relación al uso de este fármaco.

### P136. METROTREXATE, EL AMIGO CONFIABLE EN LAS ZONAS RURALES EN MÉXICO

L.M. Mendoza Ovando<sup>a</sup>, G. Espinoza López<sup>b</sup> y D. Gómez Villanueva<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital General ISSSTE Tacuba. Ciudad de México (Distrito Federal). <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Tacuba ISSSTE. Ciudad de México. Centro Médico Nacional IMSS La Raza. México. <sup>c</sup>Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital General Tacuba ISSSTE. Ciudad de México. Centro Médico Nacional IMSS La Raza. México.

**Caso clínico.** Hombre de 65 años, enviado de su unidad médica rural para valoración, con los siguientes antecedentes de importancia, Habita casa de concreto. Esquema de vacunación completo, diabetes tipo 2, en descontrol, sin seguimiento. Refiere lesiones en piel, placas eritematodescamativas con placas blanquecinas, de aparición fluctuante, acompañado de prurito desde hace 14 años. Referido de su unidad de rural, por incremento, de prurito. Se encuentra paciente con signos vitales dentro de la normalidad con dermatosis generalizada de 14 años de evolución, caracterizada por placas eritematoescamosas con escama blanquecina de aspecto yesoso, con prurito generalizado leve. Sin afectación ungueal ni articular. Laboratorio: DHL 227 HbA1C 7.2% resto normal. Se hace diagnóstico de psoriasis en placas PASI 25. Se otorga tratamiento disponible en hospital: metformina 850 mg cada 12 horas, metotrexato 10 mg los sábados y domingos ácido fólico 5 mg cada 24 horas de lunes a viernes, vaselina salicidada, champú alquitrán de hulla. Cita subsecuente a los 2 mese se observa mejoría del 95% de las lesiones, únicamente lesiones activas mínimas en brazo izquierdo, continuo con el mismo esquema de tratamiento.

**Discusión.** Metotrexate es el fármaco sistémico convencional más empleado en el tratamiento de la psoriasis, su uso se remonta a más de 50 años, La elección del mismo, en el tratamiento de la psoriasis moderada grave requiere la evaluación previa de la idoneidad del fármaco, la dosis recomendada de inicio es de 10-20 mg/semana y aunque en la actualidad hay fármacos innovadores y con menos efectos adversos, en algunos países aun consideramos el metotrexate el más confiable aliado por ser lo único disponible y en el caso de nuestro paciente efectivo.

### P137. REDEFINIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN MEDICINA BASADA EN VALOR: PROYECTO EXPADERM

A. Simón Gozalbo<sup>a</sup>, M. Gamo Guerrero<sup>a</sup>, E. del Río Pena<sup>a</sup>, A. Roca Martriaru<sup>a</sup>, D. Ramírez Puerta<sup>b</sup>, K. Díez Madueño<sup>a</sup>, C. Mauleón Fernández<sup>a</sup>, E. de Santiago García<sup>a</sup> y P. de la Cueva Dobao<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología y <sup>b</sup>Dirección de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.

**Introducción.** Muchos pacientes con psoriasis (PS) experimentan un fuerte impacto en su calidad de vida a causa de su enfermedad. Existe evidencia de que la incorporación de la experiencia del paciente en el diseño de su circuito asistencial tiene impacto, mejorando sus resultados en salud. Además, la experiencia del paciente debe ser una prioridad en cualquier sistema de salud. Con el objetivo de definir las etapas asistenciales más problemáticas para los pacientes con PS, se inició en el Hospital Universitario Infanta Leonor, el proyecto EXPADERM, en enero de 2022.

**Métodos.** Partiendo de encuestas previas de percepción de los pacientes con PS, se realizaron 3 talleres de acción participativa de

3 horas de duración en marzo y abril de 2022. En dichos talleres participaron hasta 13 profesionales y 8 pacientes de PS. La metodología empleada en las sesiones fue el Design Thinking: consensuar, por parte de los participantes, una lista de ideas propuestas previamente por pacientes y profesionales, con el objetivo de identificar barreras asistenciales, elaborar un prototipo de acciones a desarrollar, y a partir de éste, un plan de implementación de las acciones consensuadas.

**Resultados.** Las principales barreras detectadas fueron: la falta de recursos para apoyo psicológico de los pacientes, la falta de coordinación entre las distintas áreas terapéuticas, el infradimensionamiento de la enfermedad por parte de la población, la dificultad de acceso económico a determinados tratamientos, la desinformación y la desconfianza por parte del paciente.

**Conclusiones.** Tras los talleres realizados se estableció un plan de actuación que incluye el desarrollo de herramientas digitales para el seguimiento continuo de la enfermedad, el uso del apoyo psicológico como una palanca clave del tratamiento del paciente con PS, la implementación de la tele-dermatología para agilizar la citación de pacientes en brote y la creación de talleres destinados tanto a pacientes como a cuidadores.

### P138. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA REAL DE PSORIASIS EN PLACAS MODERADA-GRAVE CON BIMEKIZUMAB: SERIE DE 23 CASOS

I. Balaguer Franch, R. Carrascosa Lome, M.Á. Martín Díaz, C. Silvente San Nicasio, K. Díez Madueño, J.L. Galán Sánchez, D. Buendía Castaño, D. Velázquez Tarjuelo y P. de la Cueva Dobao

*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. España.*

**Introducción.** Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de tipo IgG1/ $\kappa$  con 2 regiones de unión de antígeno idénticas que se une selectivamente y con alta afinidad a las citocinas IL-17A, IL-17F e IL-17AF, bloqueando así su interacción con el complejo receptor IL17RA/RC. Está autorizado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en adultos candidatos a tratamiento sistémico. Presentamos los datos iniciales de los 23 pacientes de nuestro centro con bimekizumab, con seguimiento de hasta 6 meses.

**Casos clínicos.** Se trata de una serie de 23 pacientes, 12 de ellos mujeres, con edades comprendidas entre 28 a los 82 años (edad media 48 años). Veinte de ellos con diagnóstico de psoriasis en placas de años de evolución, 2 con pustulosis palmo-plantar y uno con psoriasis en cuero cabelludo. Ocho de ellos presentaban también artropatía psoriásica de predominio periférico; también encontramos antecedentes personales varios de síndrome metabólico, infección tuberculosa latente (tratada en los 3 casos), hepatitis B y C y VIH. Todos ellos habían seguido tratamientos previos con fototerapia, sistémicos clásicos, apremilast y/o biológicos (anti IL-12/23, IL-23 e IL-17), sin control completo de la enfermedad. Previo inicio de bimekizumab, presentaban un PASI medio de 7,53. A todos los pacientes se les administra las dosis de ficha técnica, solo uno de ellos con dosis intensificadas. Doce de ellos precisan tratamiento

combinado con metotrexate (2 pacientes), uno con fototerapia, y el resto con tópicos. Tras un seguimiento de hasta 6 meses, el PASI medio se reduce a 1,15. Entre los efectos adversos documentados, solo destacan dos infecciones cutáneas por Candida, uno de los cuales llegó a requerir la discontinuación del fármaco.

**Conclusión.** Tal y como ya se ha visto en los estudios y ensayos previos, la inhibición de las citocinas proinflamatorias IL-17A/F/AF resulta en una mejora de la inflamación cutánea y, por tanto, en la mejoría de los síntomas clínicos relacionados con la psoriasis, con un buen perfil de seguridad.

### P139. OMALIZUMAB Y ADALIMUMAB: UNA COMBINACIÓN SEGURA Y EFICAZ EN PACIENTES CON URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA Y PSORIASIS

A. Barrutia Etxebarria<sup>a</sup>, A. Menéndez Parrón<sup>a</sup>, R.M. Escribano de la Torre<sup>a</sup>, J. López Martínez<sup>a</sup>, S. Heras González<sup>a</sup>, A.M. Cordovilla Moreno<sup>b</sup>, Z. Martínez de Lagrán Álvarez de Arcaya<sup>a</sup> y R. González Pérez<sup>a</sup>

*Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz (Álava). España.*

**Introducción.** Presentamos dos casos de tratamiento concomitante con adalimumab para la psoriasis y omalizumab para la urticaria crónica espontánea (UCE).

**Caso clínico 1.** Varón de 57 años, en tratamiento con adalimumab 40 mg cada dos semanas por artritis psoriásica. En 2018, ante UCE que no remitía a pesar de antihistamínico, se inició tratamiento con omalizumab 300 mg cada 4 semanas. Permanece con este tratamiento en la actualidad, manteniendo un PASI 0 y sin lesiones de urticaria crónica.

**Caso clínico 2.** Varón de 53 años, que consultó por brotes ocasionales de habones asociados a angioedema desde hace 2 años. Se biopsió un habón resultando compatible con la sospecha diagnóstica de UCE y se inició tratamiento con omalizumab 300 mg cada 4 semanas. Además, el paciente presentaba placas de psoriasis extensas resistentes a tratamiento tópico, por lo que se inició tratamiento con adalimumab 40 mg cada 2 semanas. Ante mejoría, se decidió espaciar tratamiento con Omalizumab a cada 6 y posteriormente 10 semanas, persistiendo sin brotes, por lo que se suspendió el fármaco. Dos años después de la discontinuación del tratamiento, el paciente persiste asintomático y mantiene un PASI 0 habiendo espaciado el Adalimumab a cada 6 semanas.

**Discusión y conclusiones.** Se denomina urticaria crónica espontánea a la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible. La patogenia no está clara y se ha asociado con múltiples enfermedades inflamatorias crónicas, entre ellas, la psoriasis. Omalizumab, anticuerpo monoclonal recombinado frente a inmunoglobulina E, está indicado en pacientes con UCE y síntomas resistentes al tratamiento con antihistamínicos. Existen muy pocos casos en la literatura de combinaciones con otros fármacos biológicos. En los dos casos reportados, observamos que el tratamiento con omalizumab para la UCE en combinación adalimumab para la psoriasis fue efectivo, bien tolerado y no presentó problemas de seguridad.