

del LET, dadas sus características diferenciales con otras formas de lupus, considerándolo una fotodermatosis fuera del espectro del LEC<sup>7,8</sup>. Sin embargo, opinamos que actualmente existe evidencia en la literatura para considerar al LET un auténtico lupus, destacando la coexistencia de lesiones de LET y LED en algunos pacientes<sup>3-5,9,10</sup>, como en el caso que nos ocupa. Nuestra paciente representa otro caso de LET asociado a LED, asociación que hemos encontrado en escaso número en la literatura, pero que pensamos ayudará a esclarecer algunas de las cuestiones todavía controvertidas del LET, lo que contribuirá a un diagnóstico más temprano de esta entidad y a un mejor manejo de estos pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Hoffmann E. Demonstrationen: Lupus erythematosus tumidus. *Derm Zeitschr.* 1909;16:159-60.
- Gougerot H, Burnier R. Lupus érythémateux 'tumidus'. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr.* 1930;37:1291-2.
- Kuhn A, Richter-Hintz D, Oslislo C, Ruzicka T, Megahed M, Lehmann P. Lupus erythematosus tumidus – a neglected subset of cutaneous lupus erythematosus: Report of 40 cases. *Arch Dermatol.* 2000;136:1033-41.
- Schmitt V, Meuth AM, Amler S, Kuehn E, Haust M, Messer G, et al. Lupus erythematosus tumidus is a separate subtype of cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2010;162:64-73.
- Stead J, Headley C, Ioffreda M, Kovarik C, Werth V. Coexistence of tumid lupus erythematosus with systemic lupus erythematosus and discoid lupus erythematosus: A report of two cases of tumid lupus. *J Clin Rheum.* 2008;14:338-41.
- Cozzani E, Christana K, Rongioletti F, Rebora A, Parodi A. Lupus erythematosus tumidus: Clinical, histopathological and serological aspects and therapy response of 21 patients. *Eur J Dermatol.* 2010;20:797-801.
- Callen JP. Clinically relevant information about cutaneous lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 2009;145:316-8.
- Rodríguez-Caruncho C, Bielsa I. Lupus erythematosus tumidus: A clinical entity still being defined. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:668-74.
- Ruiz H, Sánchez JL. Tumid lupus erythematosus. *Am J Dermatopathol.* 1999;21:356-60.
- Lehrhoff S, Tzu J, Patel R, Sanchez M, Franks AG Jr. Lupus erythematosus tumidus with discoid lupus erythematosus-induced alopecia of the scalp. *Dermatol Online J.* 2011;17:24.

I. Abadías-Granado<sup>a,\*</sup>, J. Sánchez-Bernal<sup>a</sup>,  
F. Felipe-Berlanga<sup>b</sup> y M. Ara-Martín<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [isabel.abadiasg@gmail.com](mailto:isabel.abadiasg@gmail.com)  
(I. Abadías-Granado).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.023>  
0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Artritis paradójica por ixekizumab en un paciente con psoriasis en placas



### Paradoxical Arthritis Due to Ixekizumab in a Patient With Plaque Psoriasis

Sr. Director:

Un varón de 46 años diagnosticado de psoriasis en placas hace 27 años, que nunca había presentado clínica articular axial ni periférica. En los últimos años el paciente había respondido mal a la fototerapia UVBBE, metotrexato, ciclosporina, etanercept, adalimumab, ustekinumab e infliximab, y en el momento de la visita presentaba numerosas placas generalizadas (PASI 10), por lo que se decidió iniciar tratamiento con ixekizumab subcutáneo a la dosis habitual. Después de la primera dosis de 160 mg, el paciente refirió artralgias generalizadas migratorias que se intensificaron tras la segunda dosis de 80 mg, llegando a ser invalidantes, por las que se consultó de urgencia al reumatólogo. A la exploración física destacaba dolor e importante limitación de la movilidad de la columna cervi-

cal sin afectación de raquis lumbar ni de sacroilíacas (test de Schober normal y maniobras sacroilíacas negativas), dolor y limitación de cinturas escapular y pelviana, dolor y leve tumefacción de carpos, y dolor sin tumefacción en tobillos, rodillas y pequeñas articulaciones de los dedos de las manos. El número de articulaciones dolorosas (NAD28) era de 10 (carpos, rodillas, hombros, y segundas y terceras metacarpofalángicas bilaterales), y el número de articulaciones tumefactas (NAT28) era de 2 (carpos). Con estos hallazgos se diagnosticó de artritis paradójica y, de acuerdo con el paciente, se suspendió ixekizumab iniciándose tratamiento con prednisona oral 20 mg/día en pauta descendente hasta suspensión en 10 días, con la práctica resolución del cuadro articular. Al finalizar la pauta de corticoides se empezó tratamiento con secukinumab 300 mg a la dosis habitual, y tras 10 meses de seguimiento conjunto por parte de dermatología y reumatología, el paciente ha mejorado mucho de su psoriasis (PASI 1) sin presentar ningún efecto adverso ni síntoma articular.

Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal IgG4 humanizado que actúa neutralizando la IL-17A. Los datos de los ensayos clínicos muestran una alta eficacia para tratar pacientes con psoriasis en placas<sup>1</sup> y artritis psoriásica<sup>2</sup>, con un perfil de seguridad aceptable<sup>3</sup> y sin efectos adver-

sos en las articulaciones. En nuestro caso, la aparición brusca de síntomas articulares en un paciente sin antecedentes de artritis, cronológicamente coincidiendo con las inyecciones de ixekizumab, junto con su desaparición progresiva tras la suspensión del fármaco, sugiere una relación causal entre el fármaco y el acontecimiento adverso. En la literatura hay descritos casos de aparición de artritis psoriásica «paradójica» coincidiendo con el uso de tratamientos biológicos para tratar la psoriasis en placas, tales como efalizumab<sup>4</sup>, etanercept, adalimumab<sup>5</sup>, infliximab y ustekinumab<sup>6</sup>, sin embargo, no hemos encontrado casos publicados con los fármacos inhibidores de la IL-17. La aparición de estas artritis psoriásicas paradójicas demuestra la complejidad patogénica de esta enfermedad.

En conclusión, hasta la fecha no había descritos efectos adversos articulares con ixekizumab, pero en este caso la aparición de artritis paradójica obligó a suspender el tratamiento. Se requieren estudios de seguimiento a largo plazo para determinar la frecuencia y causalidad de este efecto adverso.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Azevedo A, Torres T. Clinical Efficacy and Safety of Ixekizumab for Treatment of Psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:305–14.
2. Nash P, Kirkham B, Okada M, Rahman P, Combe B, Burmester GR, et al. Ixekizumab for the treatment of patients with active psoriatic arthritis and an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: Results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled period of the SPIRIT-P2 phase 3 trial. *Lancet.* 2017;389:2317–27.
3. Strober B, Leonardi C, Papp KA, Mrowietz U, Ohtsuki M, Bissonnette R, et al. Short- and long-term safety outcomes with ixekizumab from 7 clinical trials in psoriasis: Etanercept comparisons and integrated data. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:432–40.
4. Colina M, Cianco G, Khodeir M, Sferra S, Scanavacca P, Corazza M, et al. De novo onset of arthritis in patients previously treated with efalizumab: An observational case series. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29:141.
5. Napolitano M, Balato N, Caso F, Costa L, Megna M, Cirillo T, et al. Paradoxical onset of psoriatic arthritis during treatment with biologic agents for plaque psoriasis: A combined dermatology and rheumatology clinical study. *Clin Exp Rheumatol.* 2017;35:137–40.
6. Asahina A, Umezawa Y, Momose M, Honda H, Yanaba K, Nakagawa H. New onset or transition of disease state of psoriatic arthritis during treatment with ustekinumab: A single-center retrospective study. *J Dermatol.* 2017;44:1380–4.

D. Vidal<sup>a,\*</sup>, S. Ros<sup>b</sup> y D. Reina<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Viladecans, Viladecans, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.vidal@sanitatintegral.org (D. Vidal).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.12.011>  
0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.