

Uso de Infliximab en Eritrodermia Psoriásica

Silvia Paola Abad Farfán¹, Carla Priscila Abad Contreras¹, Javier Encalada Barzallo²

Departamento de Dermatología, Hospital José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica de curso crónico, caracterizada por la aparición de placas eritematosas y descamativas.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente de 40 años de edad que acudió por presentar una Eritrodermia psoriásica que es una forma de presentación clínica poco frecuente, que no presentó mejoría clínica luego de múltiples terapias, por lo que recibió Infliximab, un anticuerpo monoclonal quimérico, con una resolución de su cuadro a las 8 semanas de tratamiento.

Descriptores DeCS. Psoriasis, Eritrodermia, infliximab.

Use of Infliximab in Psoriatic Erythroderma

Summary

Background. Psoriasis is a systemic inflammatory disease of chronic course, characterized by the appearance of scaly erythematous plaques.

Report. We report the case of a 40 year old who came to present a Psoriatic Erythroderma is a rare clinical presentation, presented no clinical improvement after multiple therapies, for which he received Infliximab is a chimeric monoclonal antibody, with a resolution of your picture at 8 weeks of treatment.

Keywords. Psoriasis, erythroderma, infliximab.

¹ Estudiante de Quinto Año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

² Médico Dermatólogo. Departamento de Dermatología del Hospital José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca, Ecuador.

Fecha de Recepción: 1/02/2013
Fecha de Aceptación: 27/02/2013

Correspondencia:

Javier Encalada Barzallo
E-mail:
Departamento de Dermatología
Hospital José Carrasco Arteaga, IESS,
Av. Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino
Teléfono [593] 72 861 500
Cuenca, Ecuador

Rev Med HJCA 2013;5(1):104-106

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica de curso crónico con episodios de exacerbación y remisión que puede comprometer piel, cuero cabelludo, semimucosas, uñas y articulaciones [1,2].

La presentación típica de las lesiones se caracteriza por la aparición de pápulas y placas eritematosas cubiertas por escamas blanquecinas, secas, nacaradas, en ocasiones pruriginosas, muy bien definidas y con una distribución habitualmente simétrica. Se localiza en cualquier sitio del tegumento, pero prefiere las saliencias óseas y las superficies de extensión como cuero cabelludo, codos, rodillas y región sacra [3].

La Eritrodermia psoriásica es una forma de presentación clínica que se caracteriza por un enrojecimiento generalizado que compromete más del 80% de superficie corporal, con descamación intensa que se acompaña de prurito intenso y mal estado general. Corresponde al 1 a 2 % de los pacientes con psoriasis [4-6].

En la patogenia de esta dermatosis encontramos una respuesta inflamatoria de tipo celular, frente a un autoantígeno desconocido, o frente a un superantígeno estreptocócico que van a producir la activación y proliferación de los linfocitos T que junto con el queratinocito liberan citoquinas proinflamatorias tales como IL-1, IL-6 y TNF-alfa, que lleva a la hiperplasia epidérmica y a un aumento en la velocidad de la mitosis en las células epidérmicas, características de la enfermedad [7-10].

Una de las alternativas terapéuticas eficaces son el uso de biológicos que son medicamentos creados mediante técnicas de biología molecular, y que se asemejan a las proteínas humanas específicamente a los anticuerpos que actúan bloqueando diferentes receptores celulares y citoquinas que intervienen en la inflamación [10]. En este paciente se utilizó Infiximab que es un anticuerpo monoclonal quimérico que bloquea la actividad del factor de necrosis tumoral alfa (TNFalfa).

Caso Clínico

Paciente varón de 40 años de edad, procedente y residente de Cuenca, que



Fig 1
Antes del tratamiento (semana 0).

padecía psoriasis en placas desde hacía 20 años y que recibió múltiples tratamientos sistémicos como acitretina, ciclosporina y metotrexato con mejoría variable. Acude a consulta externa de dermatología por presentar agravamiento de su cuadro caracterizado por presentar un enrojecimiento generalizado con descamación intensa que se acompañaba de fiebre y escalofríos de 15 días de evolución. Al momento de la consulta recibía metotrexato 15 mg semanales combinada con terapia tópica.



Fig 2
Después de 8 semanas de tratamiento

Signos vitales: TA 110/60, FC 80, T 38°C, peso 62 kg. Se observó enrojecimiento generalizado que compromete aproximadamente el 80% de la superficie corporal, con descamación intensa que se acompaña de prurito de moderada intensidad (figuras 1 y 3). Además presencia de onicopatía caracterizada por hoyuelos ungueales.

Examen de Sangre: hemoglobina 14.2 g/dl, leucocitos 9.000, neutrófilos 52%; linfocitos 44%; monocitos 3%; eosinófilos 1%; VSG 28 mm, Na 130 meq/l, K 4.5 meq/l; cloro 115 meq/l; glucosa 80; urea 28; creatinina 0.9; ALT 32; AST 28; colesterol 240; triglicéridos 180.

PPD: 3 mm

Estándar de tórax: normal

HBsAg-AntiHVC: negativos

El infliximab se consigue en polvo liofilizado de 100 mg en un vial de 20 ml. Se aplicó en infusión venosa durante dos horas en el área de biológicos donde los pacientes tienen un monitoreo permanente. La dosis es de 5 mg/kg y las aplicaciones se realizaron a la semana 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas.

Se incrementó el metotrexato a 20 mg semanales.

Discusión

Dentro de las formas clínicas de psoriasis la eritrodermia psoriásica es una de las más infrecuentes y graves, que puede comprometer la vida del paciente. [5] Actualmente existen un mayor número de reportes de casos en eritrodermia psoriásica con buena respuesta terapéutica con el uso de biológicos. [11,12,13]

En este caso clínico se utilizó Infiximab que fue aprobado por la FDA, en 2006 para psoriasis moderada a grave, ya que varios estudios demuestran que el inicio de acción es rápido con evidencia de mejoría significativa dentro de las dos primeras semanas de tratamiento frente a otros biológicos antagonistas del TNFalfa [14,15].

La mejoría en la calidad de vida se ha medido en diferentes estudios de asignación aleatoria controlados con placebo, y con otras terapias sistémicas no biológicas, con mejora significativa con el uso del infliximab [16].

Entre los posibles efectos adversos más importantes están las infecciones como la tuberculosis, por reactivación



Fig 3
Antes del tratamiento (semana 0).

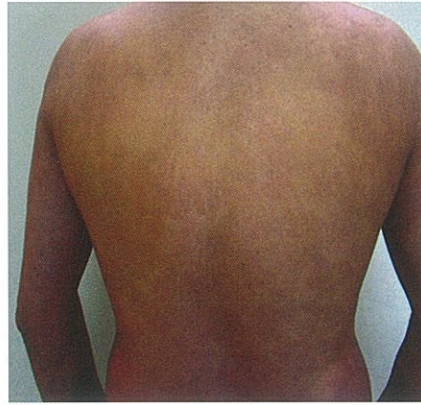


Fig 4
Después de 8 semanas de tratamiento

del bacilo. Antes del tratamiento se realiza un examen clínico sistemático mediante la historia clínica y exámenes complementarios como el PPD y radiografía de tórax [17]

La disminución de la eficacia del infliximab durante la terapia ocurre en el 19% de los pacientes tratados, por el desarrollo de anticuerpos anti-infliximab [18], debido a que es una molécula quimérica en parte de origen murino y se sugiere que la incidencia en la producción de anticuerpos humanos anti-quiméricos va depender de la dosis y del uso concomitante con otros medicamentos inmunosupresores. Se recomienda utilizar a una dosis de 5 mg/kg y la administración se debe realizar junto al metotrexato [19].

Conclusión

Presentamos este caso, donde la administración de infliximab resultó ser eficaz, de acción rápida y con pocos efectos secundarios, frente a los tratamientos sistémicos convencionales como la ciclosporina, metotrexato o la acitretina, que ya los había utilizado el paciente, y que puede ser una buena alternativa para el tratamiento de psoriasis graves, permitiéndonos mejorar la

calidad de vida de nuestros pacientes.

Conflicto de Intereses

Los Autores declaran no tener conflicto de intereses

Referencias bibliográficas

- Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, et al, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. Nueva York: McGraw-Hill Medical; 2008:169-193.
- Consenso Nacional de Psoriasis. Guías de Tratamiento. Actualización 2009. Sociedad argentina de dermatología.
- Nestle F, Kaplan D, Barker J. Psoriasis. N Engl J Med. 2009; 361:496-509
- Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. Br J Dermatol. 2007; 156:258-62
- Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clinics in Dermatology. 2007; 25:510-8
- Ferrándiz Foraster C. Dermatitis eritematoescamosas (I). Psoriasis. Eritrodermias. En: Ferrándiz C, ed. Dermatología Clínica 2ª ed. Madrid, Harcourt 2001, pp. 165-175
- Lebwohl M. Psoriasis. Lancet. 2003; 361:1197-204.
- Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. Nature. 2007; 445:866-73.
- Sabat R, Philipp S, Hofflich C, Kreutzer S, Wallace E, Asadullah K, et al. Immunopathogenesis of psoriasis. Exp Dermatol. 2007; 16:779-98
- Krueger JG, Bowcock A. Psoriasis pathophysiology: Current concepts of pathogenesis. Ann Rheum Dis. 2005; 64(Suppl.2):30-6.
- Rosenbach M, Hsu S, Korman N. Treatment of erythrodermic psoriasis: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. J Am Acad Dermatol 2010; 62:655-662
- Rongioletti F, Borenstein M, Kirsner R, Kerdel F. Erythrodermic, recalcitrant psoriasis: clinical resolution with infliximab. J Dermatol Treat. 2003; 14:222-5
- Lewis TG, Tuchinda C, Lim HW, Wong HK. Life-threatening pustular and erythrodermic psoriasis responding to infliximab. J Drugs Dermatol. 2006; 5:546-8
- Gottlieb A, Evans R, Li S, Dooley LT, Guzzo CA, et al. Infliximab induction therapy for patients with severe plaque-type psoriasis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial.
- Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusion. J Am Acad Dermatol. 2011 Jul; 65(1):137-74
- Takahashi MD, Castro LG, Romiti R. Infliximab, as solo or combined therapy, induces rapid clearing of erythrodermic psoriasis. Br J Dermatol. 2007; 157:828-31
- Mariette X, Samon D. French guidelines for diagnosis and treating latent and active tuberculosis in patients with RA treated with TNF blockers. Ann Rheum Dis. 2003; 62:791
- Haraoui B, Cameron L, Ouellet M, et al. Los anticuerpos anti-infliximab en pacientes con artritis reumatoide que requieren mayores dosis de infliximab para lograr o mantener una respuesta clínica J Rheumatol 2006; 33:31-36.
- Atzeni F, Sarzi-Puttini P. Autoantibody production in patients treated with anti-TNF. Expert Rev Clin Immunol. 2008; 4:275-8.

Como citar este artículo:

Abad SP, Abad CP, Encalada J. Uso de Infliximab en Eritrodermia Psoriásica. Rev Med HJCA 2013;5(1):104-106.