

## Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Volumen **33**  
Volume

Número **1**  
Number

Enero-Febrero **2005**  
January-February

*Artículo:*

Opciones terapéuticas en la psoriasis  
¿Hacia dónde nos dirigimos? La  
importancia de los tratamientos tópicos  
y biológicos en la psoriasis

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

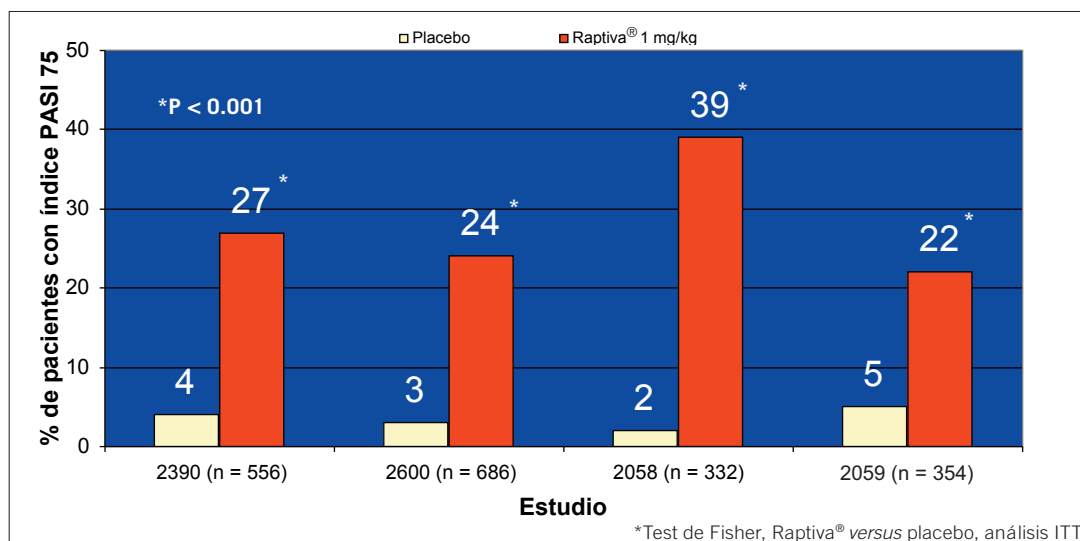
# Opciones terapéuticas en la psoriasis ¿Hacia dónde nos dirigimos? La importancia de los tratamientos tópicos y biológicos en la psoriasis

Christopher Griffiths

Servicio de Dermatología. Hope Hospital. Manchester. Reino Unido.

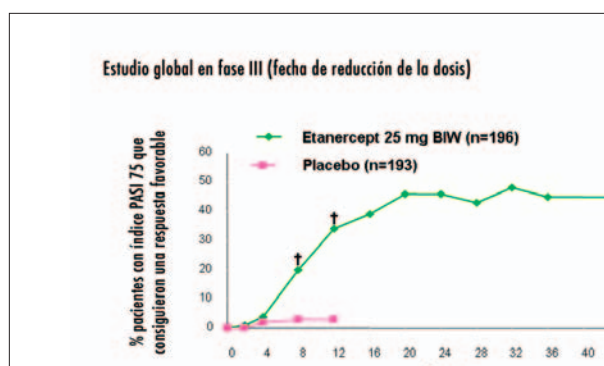
La reciente aparición de los denominados *agentes biológicos* para el tratamiento de la psoriasis ha abierto un nuevo y esperanzador panorama en el manejo de los pacientes que sufren esta afección. No obstante, el modo en como deben ser integrados estos fármacos en las pautas de tratamiento *clásicas* es un tema de creciente interés entre los expertos. Los agentes biológicos se clasifican en dos grupos según su estrategia terapéutica: a) los que tienen como objetivo el linfocito T (alefacept y efalizumab) y b) aquellos que intervienen en la modulación de citocinas (infliximab y etanercept). Alefacept (Amemive®) es una proteína de fusión IgG (de administración IV o IM) aprobada en USA en 2003 para el tratamiento de la psoriasis. Parece exhibir un inicio de acción algo lento (8 semanas aproximadamente); aunque algunos

enfermos podrían presentar largos periodos de remisión. Como precaución ineludible, es obligatorio realizar recuentos periódicos de los linfocitos CD4. Efalizumab (Raptiva®) es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra al antígeno CD11a del linfocito T. Se administra de forma subcutánea (1mg/kg/semana) y parece proporcionar un efecto más rápido que alefacept. Es un fármaco seguro, siendo el efecto secundario más frecuente el desarrollo de trombocitopenia en menos del 0.5% de los pacientes. En el caso de efalizumab, el PASI75 (porcentaje de pacientes que obtienen al menos una disminución del PASI de un 75%) a la semana doceava de tratamiento, se sitúa entre el 22 y el 39% (Figura 1). El etanercept (Enbrel®) es un fármaco seguro y de probada eficacia en monoterapia en pacientes

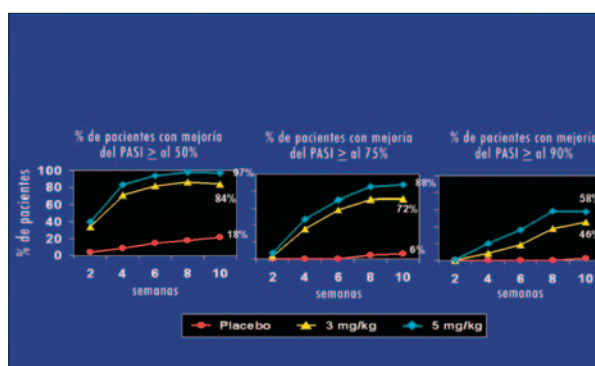


**Figura 1.** Estudios placebo-control a las 12 semanas de tratamiento con efalizumab en pacientes con índice PASI 75.

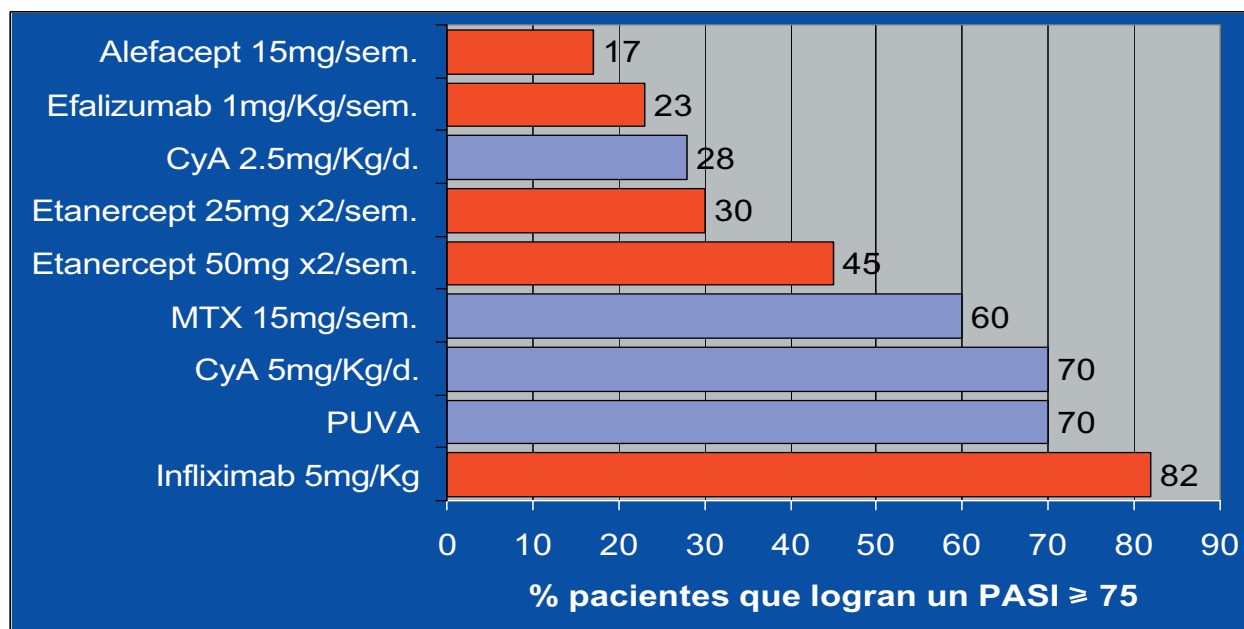
con psoriasis. Se trata además de un agente que podría proporcionar beneficio clínico sostenido (Figura 2). Finalmente, infliximab (Remicade®) es un anticuerpo monoclonal quimérico contra el TNF- $\alpha$ . Se trata del agente biológico de acción más rápida y posiblemente el más eficaz (Figura 3). Aunque se tratan de fármacos seguros, los agentes biológicos *anti-TNF- $\alpha$*  (sobre todo infliximab), presentan una serie de efectos adversos infrecuentes pero característicos, a saber: reactivación de tuberculosis, desmielinización/síndrome tipo esclerosis múltiple, fallo cardíaco, linfoma de células B y aparición de anticuerpos antinucleares y dsDNA aunque rara vez desarrollo de LES. Finalmente, la Figura 4 muestra un esquema comparativo sobre la eficacia de distintos tratamientos sistémicos para la psoriasis.



**Figura 2.** Etanercept: Confirmando el beneficio del tratamiento a la semana 48.



**Figura 3.** Respuesta del PASI después de las semanas



**Figura 4.** Tabla comparativa de tratamientos seleccionados en el psoriasis moderado-grave.