

Cartas al Director

Localizador 06-030

Eficacia de etanercept en el tratamiento de pacientes con psoriasis y obesidad mórbida

La psoriasis es una enfermedad crónica muy frecuente[1,2] que representa un gran impacto emocional, social y psíquico para el paciente, aspectos recogidos bajo el término de "calidad de vida". Un sondeo realizado por la Fundación Nacional de Psoriasis en 1998, indicaría que el 90% de los pacientes no estarían satisfechos con sus tratamientos[3], coincidiendo la mayor parte de autores en que dada la cronicidad de la enfermedad, el tratamiento ideal debe ser eficaz, con mínimos efectos secundarios y poca toxicidad, permitiendo así su uso de forma prolongada. Numerosos trabajos han corroborado la asociación de la psoriasis con determinados factores exógenos y endógenos, destacando entre otros, la obesidad[4,5], enfermedad concomitante y de difícil curación, que incrementaría si cabe aún más el malestar de estos pacientes.

En septiembre de 2004, la FDA aprueba el uso de etanercept para el tratamiento de adultos con psoriasis en placa moderada-grave que no hayan respondido, no toleren o tengan alguna contraindicación para otras terapias sistémicas como ciclosporina, metotrexate o PUVA. Etanercept es una proteína humana dimérica, constituida por el receptor P75 del TNF-alfa y la porción Fc de la Ig G1 humana, con capacidad de ligarse al TNF-alfa libre y al TNF-alfa ligado a la membrana de las células, inactivándolo y convirtiéndolo en una molécula biológicamente inactiva, y cuyo uso se



Figura 2. Paciente a las 12 semanas de tratamiento.



Figura 3. Paciente a las 24 semanas de tratamiento.

ha limitado en los últimos años a artritis reumatoide, artropatía psoriásica, artritis crónica juvenil y espondilitis anquilosante. Cerca de una década de experiencia clínica, ha demostrado que parece ser seguro y sin toxicidad acumulativa[3], administrándose incluso en niños de 4 años[6] y manteniéndose en pacientes con artritis reumatoide, durante más de 7 años, con buena tolerancia[7]. Su eficacia como monoterapia en pacientes con psoriasis ha sido evaluada en estudios multicéntricos recientes[8-10], efectuados en Norte de América y Europa, con mejores resultados en aquellos pacientes que recibían 50 mg dos veces en semana y un nivel de eficacia incrementado de forma proporcional a la dosis recibida, así como un mantenimiento del efecto hasta la semana 24, buena tolerancia y una frecuencia de efectos secundarios similar a placebo.

Mujer de 58 años, con antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, hepatopatía no filiada y obesidad mórbida (índice de masa corporal de 49,95 kg/m²), con psoriasis en grandes placas de más de 10 años de evolución, de difícil control, y que consultó por gran empeoramiento de las lesiones cutáneas, objetivándose a la exploración física grandes placas eritemato-descamativas, que se extendían a prácticamente toda la superficie corporal (Figura 1). Hasta la fecha la paciente había realizado únicamente tratamiento tópico con corticoides, queratolíticos y análogos de la vitamina D, con escasa respuesta. Los antecedentes anteriormente descritos, habían limitado el uso de terapia sistémica.



Figura 1. Paciente al inicio del tratamiento.

Tras la solicitud de las pruebas necesarias (hemograma, bioquímica, radiografía de tórax, serología de hepatitis, anticuerpos antinucleares y Mantoux) se instauró tratamiento con etanercept a dosis de 50 mg bisemanal durante 12 semanas, objetivándose, desde el inicio del tratamiento, una mejoría manifiesta de las lesiones con "blanqueamiento" total (Figura 2). A partir de la semana 12, tras la reducción de la dosis a 25 mg bisemanal, se mantuvo la mejoría, hasta la actualidad (24 semanas), sin necesidad de tratamientos tópicos complementarios, con buena tolerancia y ausencia de efectos secundarios (Figura 3).

La rápida respuesta de nuestra paciente a una dosis idéntica que la recomendada para individuos con peso normal, el mantenimiento del efecto pese a la reducción de la dosis a 25 mg dos veces en semana y la no precisión de tratamientos tópicos complementarios, junto con la ausencia de efectos secundarios hasta la fecha, nos llevan a plantear la posibilidad de que etanercept pudiera considerarse una alternativa eficaz y segura para pacientes psoriásicos y con obesidad mórbida.

Maria Victoria Guiote Domínguez, Jesús Hernández-Gil Sánchez, Guadalupe Aguilar García, Carmen Dulanto Campos, Ramón Naranjo Sintes

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.

Correspondência:

M.^a Victoria Guiote Domínguez
Avenida General Humberto Delgado, 408, 2A
3030-327 Coimbra (Portugal)
e-mail: viviguiote@yahoo.es

Bibliografía

1. Goldsmith DR, Wagstaff AJ. Etanercept: a review of its use in the management of plaque psoriasis and psoriatic arthritis. *Am J Clin Dermatol* 2005;6:121-36.
2. Gottlieb A. Etanercept for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis. *Dermatologic Therapy* 2004;17:401-8.
3. Lebwohl MG. Use of Etanercept in Dermatology Setting. *Am J Clin Dermatol* 2005;6:49-59.
4. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32:982-6.
5. Raychaudhuri SP, Gross J. Psoriasis risk factors: role of lifestyle practices. *Cutis* 2000;66: 348-52.
6. Enbrel (package insert). Thousand Oaks (CA): Amgen, 2004.
7. Goffe MD. Etanercept—an update. *Skin Therapy Letter* Dec 2004—Jan 2005;Vol 9, Number 10.
8. Elewski BE, Boh E, Papp K et al. Efficacy and safety of etanercept in patients with psoriasis: results of a global phase III study. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:159.
9. Gottlieb AB, Matheson RT, Lowe N et al. A randomized trial etanercept as monotherapy for psoriasis. *Arch Dermatol* 2003;139: 1627-32.
10. Leonardi CL, Powers JL, Matheson RT et al. Etanercept as monotherapy in patients with psoriasis. *N Engl J Med* 2003;349:2014-22.