

CARTA AL EDITOR

Nuevos esquemas terapéuticos en el manejo de la psoriasis

New therapeutical approaches in the management of psoriasis

Juan S. Serna-Trejos¹, Stefanya G. Bermudez-Moyano², Juan Felipe-Rivas³, John E. Ortiz-Sabogal⁴

¹Departamento de maestría en epidemiología, Universidad Libre, Cali, Colombia; Doctorando en salud Pública, Universidad de Cuauhtémoc, Aguascalientes, México; Centro Médico Imbanaco, Unidad de Cuidado Intensivo, Cali, Colombia.

²Facultad de Medicina, Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia.

³Facultad de Medicina, Fundación universitaria San Martín, Cali, Colombia.

⁴Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia.

Señor editor:

La psoriasis es definida como una enfermedad de carácter inflamatoria atribuida principalmente a un espectro clínico revelado en la piel, caracterizado principalmente por la presencia de placas eritematosas delimitadas con escamas blanquecinas⁽¹⁾. Esta entidad es altamente prevalente a nivel global, variando de acuerdo con el país y sus características de aparición suelen ser en cualquier etapa del curso de vida⁽²⁾. Se han descrito múltiples factores de riesgo en la aparición de la psoriasis desde ambientales, étnicos y genéticos. En la génesis de la psoriasis se han observado factores desencadenantes como el estrés, factores estacionales, exposición al sol. También se han identificado comorbilidades como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y amigdalitis. Otros autores proponen factores intrínsecos y extrínsecos para determinar el desarrollo de la psoriasis⁽³⁾.

Citar como: Serna-Trejos JS, Bermudez-Moyano SG, Felipe-Rivas J, Ortiz-Sabogal, JE. Nuevos esquemas terapéuticos en el manejo de la psoriasis. Rev. Peru. Investig. Salud. [Internet]; 2023; 7(3): 159-161. <https://doi.org/10.35839/repis.7.3.1829>

Correspondencia a: Juan Santiago Serna Trejos; Correo: juansantiagosernatrejos@gmail.com

Orcid: Serna-Trejos J.S.: <https://orcid.org/0000-0002-3140-8995>
Bermudez-Moyano S.G.: <https://orcid.org/0000-0002-2259-6517>
Felipe-Rivas J.: <https://orcid.org/0009-0003-2591-6859>
Ortiz-Sabogal, J.E.: <https://orcid.org/0009-0009-5126-0009>

Conflicto de interés: el autor no declara algún conflicto de interés.

Financiamiento: la investigación fue autofinanciada por el autor.

Editor: Jarviz Raraz, UNHEVAL

Recibido: 14 de marzo de 2023

Aprobado: 20 de setiembre de 2023

En línea: 30 de setiembre de 2023

Coyright: 2616-6097/©2023. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.

Lo descrito anteriormente añadido a la afectación de más de 125 millones de personas en el mundo con esta condición, en conjunto con las múltiples afectaciones sistémicas que supone la presencia de psoriasis (cardiovascular, endocrinas, sistema nervioso central), la hacen un blanco necesario de innovación terapéutica⁽⁴⁾.

Para entender los nuevos blancos terapéuticos en el manejo de la psoriasis, se hace necesario entender de manera clara la patogénesis de esta. De manera abreviada se considera que los queratinocitos dañados segregan péptidos antimicrobianos que pueden interactuar con material celular liberados, activando de manera local células dendríticas, las cuales generan activación local de diversos linajes de células T (T-Helper: Th1 y Th17) mediante la secreción de citoquinas (factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a), la interleucina (IL)-12 y la IL-23). Resultando en la activación de señalizadores tipo JAK y TyK las cuales conducen transducción de señales genéticas que se traducen en la propagación de la inflamación generada ocasionando el cuadro de psoriasis(Figura 1)⁽⁵⁾.

El uso de agentes direccionado a la inhibición del TNF-a como el Certolizumab Pegol , se aprobó desde el 2018 su uso por la FDA para el tratamiento de la psoriasis en placa, artritis psoriásica y otras artropatías inflamatorias. Se usan usualmente dosis de 200mg por periodos de máximo 48 semanas, logrando alcanzar una mejoría del 75% en la puntuación de área y gravedad de la psoriasis con respecto a su PASI basal (PASI 75). Dentro de los acontecimientos adversos generados por su uso se encuentran infecciones por *Legionella*, esofagitis fúngica, eventos cardiovasculares y acontecimiento desmielinizantes⁽⁶⁾.

El grupo de fármacos direccionados a inhibir la interleucina-17, son administrados de forma inyectable, están constituidos por fármacos como: Secukinumab; Ixekizumab y bimekizumab. El Secukinumab presentó una mejoría del PASI 75/90/100 del 83,8%/70%/46,3% en la semana 16 con dosis

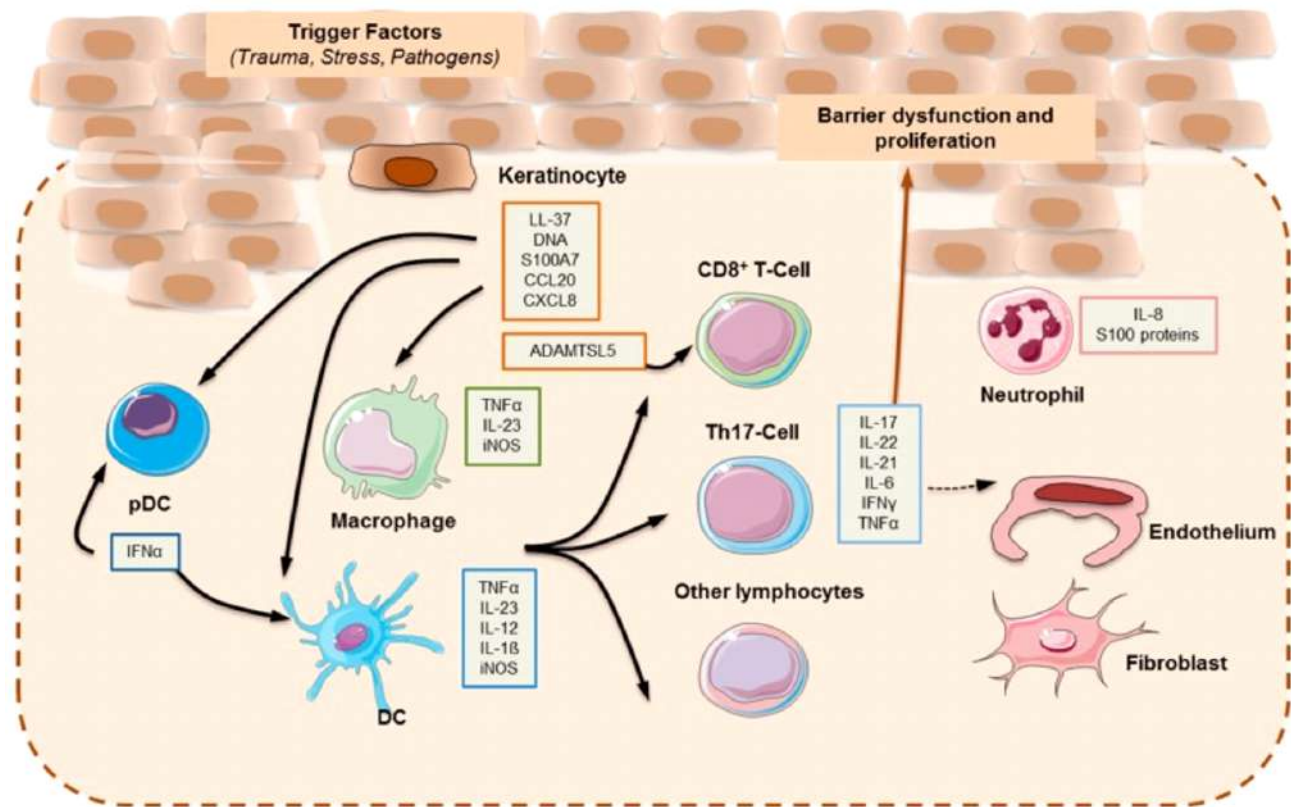


Figura 1. Fisiopatología de la psoriasis

Fuente: Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment⁽⁹⁾.

de 300 mg semanales. El uso de Ixekizumab puede ocasionar una mejoría en el PASI 100 en la semana 12 con un aclaramiento de cutáneo efectivo en hasta el 28% de los pacientes. El bimekizumab ha mostrado una respuesta dosis dependiente hacia la semana 12 de uso con puntuaciones PASI 90/100 del 46,2% al 79,1% y del 27,9% al 60%. Los efectos adversos más comunes en este grupo de fármacos son los relacionados a la aparición de infecciones víricas, bacterianas y fúngicas de leves a moderadas⁽⁷⁻⁹⁾.

Otras terapias de administración oral, incluyen fármacos como el Baricitinib y deucravacitinib, los cuales ejercen una función inhibitoria en el señalizador JAK1/2, con dosis de 8 mg semanales puede alcanzar una escala PASI 75 respecto a su PASI basal. El BMS-986165 o deucravacitinib ejerce su efecto inhibiendo el señalizador JAK-2, su uso habitual es de 12 mg durante 12 semanas, se han mostrado resultados de hasta PASI 75/90 se alcanzó en 4 de cada 10 pacientes que lo usaron. Tal medicamento es dosis dependiente, puesto que en 2 tomas diarias puede alcanzar mejoras del PASI 100 con respecto a PASI basales. Los efectos adversos de la aplicación tópica de estos medicamentos tópicos se derivan en infecciones y nasofaringitis^(10,11).

Las terapias tópicas en esta condición suponen los blancos más interesantes por su aplicación rápida y pocos efectos adversos, actualmente se encuentran en ensayos clínicos fase 2-3, algunos fármacos que se encuentran en este grupo son los relacionados a Roflumilast, el cual es un inhibidor de la fosfodiesterasa-4 y el Tapinarof cuya función se ejerce en la modulación de los receptores de arilhidrocarburos, con resultados de una disminución de la PASI 75 con respecto al PASI basal con 8 semanas de uso con una persistencia de éxito hasta en 16 semanas. Aún se continúan sus estudios en fase 3 para determinar seguridad y eficacia a largo plazo^(12,13).

El manejo de la psoriasis supone un tópico interesante que en la medida en que se mejore el conocimiento de la patogénesis de la psoriasis, también lo harán la eficacia y la seguridad de los fármacos disponibles. Es necesario promover más ensayos clínicos controlados para la evaluación de la seguridad y eficacia de los avances farmacológicos mencionados anteriormente.

Contribuciones de los autores

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador- redacción del manuscrito final, revisión y aprobación del manuscrito.

Referencias bibliográficas

1. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983–94. doi:10.1016/S0140-6736(14)61909-7
2. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2017;31(2):205–12. doi:10.1111/jdv.13854
3. Kawada A, Tezuka T, Nakamizo Y, Kimura H, Nakagawa H, Ohkido M, et al. A survey of psoriasis patients in Japan from 1982 to 2001. *J Dermatol Sci*. 2003;31(1):59–64. doi:10.1016/S0923-1811(02)00142-1
4. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, Kivelevitch D, Prater EF, Stoff B, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(4):1029–72. doi:10.1016/j.jaad.2018.11.057
5. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1–28. doi:10.3390/ijms20061475
6. Blauvelt A, Reich K, Lebwohl M, Burge D, Arendt C, Peterson L, et al. Certolizumab pegol for the treatment of patients with moderate-to-severe chronic plaque psoriasis: pooled analysis of week 16 data from three randomized controlled trials. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2019;33(3):546–52. doi:10.1111/jdv.15258
7. Deodhar A, Mease PJ, McInnes IB, Baraliakos X, Reich K, Blauvelt A, et al. Long-term safety of secukinumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: Integrated pooled clinical trial and post-marketing surveillance data. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(1):1–11. doi:10.1186/s13075-019-1882-2
8. Blauvelt A, Papp KA, Gottlieb AB, Jarell A, Reich K, Maari C, et al. A head-to-head comparison of ixekizumab vs. guselkumab in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: 12-week efficacy, safety and speed of response from a randomized, double-blinded trial. *Br J Dermatol*. 2020;182(6):1348–58. doi:10.1111/bjd.18851
9. Papp KA, Merola JF, Gottlieb AB, Griffiths CEM, Cross N, Peterson L, et al. Dual neutralization of both interleukin 17A and interleukin 17F with bimekizumab in patients with psoriasis: Results from BE ABLE 1, a 12-week randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 2b trial. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(2):277-286.e10. doi:10.1016/j.jaad.2018.03.037
10. Papp KA, Menter MA, Raman M, Disch D, Schlichting DE, Gaich C, et al. A randomized phase 2b trial of baricitinib, an oral Janus kinase (JAK) 1/JAK2 inhibitor, in patients with moderate-to-severe psoriasis. *Br J Dermatol*. 2016;174(6):1266–76. doi:10.1111/bjd.14403
11. Papp KA, Gordon K, Thaçi D, Morita A, Gooderham M, Foley P, et al. Phase 2 Trial of Selective Tyrosine Kinase 2 Inhibition in Psoriasis. *N Engl J Med*. 2018;379(14):1313–21. doi:10.1056/nejmoa1806382
12. Robbins K, Bissonnette R, Maeda-Chubachi T, Ye L, Peppers J, Gallagher K, et al. Phase 2, randomized dose-finding study of tapinarof (GSK2894512 cream) for the treatment of plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(3):714–21. doi:10.1016/j.jaad.2018.10.037
13. Lebwohl MG, Papp KA, Stein Gold L, Gooderham MJ, Kircik LH, Draelos ZD, et al. Trial of Roflumilast Cream for Chronic Plaque Psoriasis. *N Engl J Med*. 2020;383(3):229–39. doi:10.1056/nejmoa2000073