



Caso clínico

Resolución completa de psoriasis rupiácea asociada a artropatía con guselkumab: a propósito de un caso



Complete resolution of rupiaceous psoriasis associated with arthropathy with guselkumab: A case report

Andrea Pinilla Rello^{a,*}, Eva Queipo García^a, M^a Victoria Corriol Pallas^b y Adrian Diago Irache^c

^a Servicio de Farmacia, Hospital de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España

^b Enfermería-Servicio de Dermatología, Hospital de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital de Alcañiz, Alcañiz, Teruel, España

Introducción

La psoriasis rupioide es una variante hiperqueratósica infrecuente de psoriasis grave que afecta generalmente a hombres con una amplia área de superficie corporal comprometida y marcada incidencia de artritis psoriásica. Por lo tanto, el término rupioide o rupiácea hace referencia al grosor de las placas de psoriasis. Los casos reportados de psoriasis rupioide resueltos con éxito son muy escasos, en ellos se describen tratamientos con ciclosporina, metotrexato, infliximab, adalimumab y ustekinumab^{1–3}. A continuación, describimos y evaluamos la efectividad de guselkumab en un paciente diagnosticado de psoriasis rupiácea y artritis psoriásica, refractario a múltiples tratamientos sistémicos.

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 40 años, sin alergias conocidas, en seguimiento por dermatología y reumatología por psoriasis en placas, extensa, con artropatía de 20 años de evolución. En 2003, tras su diagnóstico, se inició tratamiento con deflazacort y metotrexato, 20 mg semanales. Durante los siguientes años, no se lleva a cabo un seguimiento constante del paciente, con el consecuente fracaso terapéutico en la parte cutánea y articular. Sin embargo, en 2014, con la llegada de los tratamientos biológicos, se cambia el tratamiento a adalimumab, 80 mg cada 2 semanas y leflunomida, 20 mg cada 24 h. En 2018, se decide nuevo cambio por etanercept 50 mg semanales combinado con leflunomida 20 mg al día por persistencia y reaparición de las lesiones cutáneas, así como limitación funcional por su componente articular.

A pesar del seguimiento inicial inadecuado, tras el inicio del tratamiento con fármacos biológicos, se logró que el paciente asistiera de forma regular a todas las consultas. La adherencia a adalimumab y etanercept fue alta (90–95%), según los registros de dispensación del área de pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria.

En la revisión de julio de 2020, se observa una discreta mejoría de las lesiones desde el inicio de etanercept, pero el paciente presenta un

intenso prurito y persisten las lesiones con placas eritematosas y descamativas en el tronco y las extremidades. Se estima entonces un índice PASI (Psoriasis Area Severity Index) de 46,7 y un BSA (Body Surface Area) del 71% (fig. 1), por lo que se decide el cambio a secukinumab, 300 mg cada 4 semanas (iniciando con dosis de carga), combinado con leflunomida, 20 mg/día. Se observa una clara mejoría inicial tanto en la visita del primer mes (PASI 15, BSA 49%) como al cuarto mes (PASI 3,20 y BSA 4%), con aclaramiento de la mayoría de las lesiones, reepitelización de las plantas de los pies (una de las zonas más afectadas) y disminución importante del prurito. No obstante, persistía el dolor en muñecas y rodillas, así como placas infiltradas con descamación en el dorso de los pies. Para intentar mejorar el componente articular, se sustituye la leflunomida por metotrexato, 20 mg semanales con ácido fólico, en octubre de 2021.

La adherencia al tratamiento con secukinumab, determinada a partir de los registros de dispensación del área de pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria, se mantuvo consistentemente alta, con valores comprendidos entre el 98 y 100%.

A finales de noviembre de 2021 (16 meses tras el inicio de secukinumab), se observa un franco empeoramiento de la enfermedad articular y de las placas de psoriasis, con aparición de placas rupiáceas infiltradas a nivel corporal y facial (PASI 16,80 y BSA 35%). Además, el paciente describe malestar general el día de la administración de metotrexato. Se considera entonces un fallo secundario, y se decide suspender metotrexato y cambiar secukinumab por guselkumab, 100 mg, con pauta de administración en la semana 0, la semana 4 y, posteriormente, cada 4 semanas, debido al alto riesgo articular y la discapacidad por la artropatía. Esta pauta se utilizó fuera de ficha técnica, ya que en ese momento la indicación de guselkumab para el tratamiento de la artritis psoriásica con esta pauta mensual aún no había sido autorizada.

Dos meses después del inicio de tratamiento (enero de 2022), tras la administración de las 2 primeras dosis de guselkumab (semana 0 y semana 4) y previo a recibir la tercera dosis (semana 8), el paciente puede deambular, y moviliza correctamente las extremidades de las manos sin dolor; además, no presenta dactilitis como antes y han mejorado notablemente las lesiones (PASI 3,20 y BSA 3,90%), persistiendo únicamente alguna placa en las extremidades inferiores y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anpire.1993@gmail.com (A. Pinilla Rello).



Figura 1. Placas eritematosas y descamativas en el tronco y las extremidades, observadas en julio de 2020.

en la región interglútea. Tras 16 semanas con guselkumab (marzo de 2022), se observa un blanqueamiento casi completo (PASI 2,8 y BSA 2%), a excepción de una placa en la cara anterior de la pierna izquierda, y el paciente deambula con normalidad. Desde reumatología indican combinar guselkumab con metotrexato 2,5 mg vía oral semanal por sacroilitis bilateral grado III-IV. En octubre de 2022, 44 semanas después del inicio del tratamiento con guselkumab, el paciente está perfectamente controlado de su psoriasis grave con artropatía, sin lesiones ni placas rupioides (PASI 0 y BSA 0) y con onicopatía psoriásica

en resolución (fig. 2). Estos resultados se mantienen en la actualidad, con blanqueamiento completo de la psoriasis y artropatía psoriásica bien controlada.

Discusión

La evidencia disponible en la literatura sobre el tratamiento de la psoriasis rupioides es muy limitada, basándose en casos clínicos de



Figura 2. Blanqueamiento completo de la psoriasis y control de artropatía asociada tras 44 semanas de tratamiento con guselkumab.

pacientes tratados con distintos tratamientos en los que se incluyen terapias biológicas^{1–3}.

En nuestro caso, el paciente pasó por todos los escalones de tratamiento para psoriasis, incluyendo tratamientos biológicos como fueron adalimumab, etanercept y secukinumab, mejorando inicialmente las lesiones, pero con posteriores recaídas y persistencia de las mismas, sin conseguir su blanqueamiento en todos los casos, decidiéndose cambiar a guselkumab por su alto componente articular. Por estos motivos, y como se ha detallado en el caso descrito, se decidió iniciar el tratamiento con guselkumab, siguiendo la pauta posológica utilizada en los ensayos clínicos disponibles en ese momento para artritis psoriásica, administrándolo en las semanas 0, 4 y posteriormente, cada 4 semanas. Esta decisión se tomó a pesar de que aún no estaba incluido en la ficha técnica, aunque su aprobación era inminente, dado que el informe de posicionamiento terapéutico realizado por la Agencia Española del Medicamento se emitió en junio de 2022⁴.

En un estudio retrospectivo, multicéntrico, con 168 pacientes, se evaluó la persistencia y eficiencia de guselkumab en pacientes con psoriasis en placas moderada o grave en la práctica clínica diaria. El 24% de los pacientes había recibido más de 3 terapias biológicas previas a guselkumab y el 67% una o 2 terapias biológicas. Tras 156 semanas de tratamiento, la persistencia fue del 83%, siendo del 92–97% en pacientes con localizaciones especiales de difícil control, demostrando este estudio la alta efectividad de guselkumab en la práctica clínica⁵.

A pesar de la mala evolución de nuestro paciente con los tratamientos biológicos recibidos, el tratamiento con guselkumab consiguió el blanqueamiento casi completo a las 16 semanas de tratamiento, alcanzándose el blanqueamiento completo a las 44 semanas. Esta respuesta se ha mantenido hasta la semana 132 desde el inicio del mismo, evidenciando una elevada persistencia terapéutica, así como un buen control de su psoriasis y su artropatía asociada.

Financiación

Los autores declaran que no se obtuvo financiación para realizar este trabajo.

Confidencialidad de datos

Los autores confirman que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de los datos de pacientes.

Declaración de autoría

Todos los autores han contribuido intelectualmente al trabajo, cumplen las condiciones de autorización y han aprobado la versión final del mismo.

La contribución de cada uno de ellos se detalla a continuación: Concepción del caso descrito, Redacción del caso: Andrea Pinilla Rello y Eva Queipo García. Revisión del caso descrito y aportación de imágenes del caso: Adrián Diago Irache. Aprobación para su publicación: M. Victoria Corriol Pallas, Adrián Diago Irache, Eva Queipo García y Andrea Pinilla Rello

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en el estudio descrito.

Declaración de contribución de autoría CRediT

Andrea Pinilla Rello: Writing – original draft, Validation, Conceptualization. **Eva Queipo García:** Writing – original draft, Validation, Conceptualization. **M. Victoria Corriol Pallas:** Visualization, Validation. **Adrián Diago Irache:** Writing – review & editing, Visualization, Validation, Conceptualization.

Bibliografía

1. Kawsar A, Hussain K, Merika E, Laguda B, Roberts N, Morar N. Cracking the limpet: rupioid psoriasis successfully treated with adalimumab. *Br Assoc Dermatologists*. 2012;187(Suppl 1):195–211. doi:10.1136/bcr-2022-252500.
2. Cabrera-Salom C, Motta Beltrán A, Medina Y. Presentación inusual de psoriasis ostraica y artritis psoriásica: resultados después de 10 años de manejo con infliximab. *Rev Colomb Reumatol*. 2019;26(3):194–200. doi:10.1016/j.rcreu.2018.03.005.
3. Ip KH-K, Cheng HS, Oliver FG. Rupioid psoriasis. *JAMA Dermatol*. 2021;157(7):859. doi:10.1001/jamadermatol.2021.0451.
4. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: informe de posicionamiento terapeutico de guselkumab (Tremfya®) en artritis psoriásica. (PT/V1/51/2022). Fecha de publicación: 07 de junio de 2022. [Consultado mayo 2025]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2022/IPT_51-2022-Tremfya.pdf.
5. Ruiz-Villaverde R, Galan-Gutierrez M, Armario-Hita JC, Rodriguez-Fernandez-Freire L. Evaluación de la eficiencia y la farmacoeconomía en condiciones de práctica clínica de pacientes con una psoriasis en placas tratados con guselkumab: un estudio retrospectivo multicéntrico. *Actas Dermosifilogr*. 2024;115(3):321–3. doi:10.1016/j.ad.2023.10.023.