

Una complicación paradójica

Autor:

Marina González Cervantes

MIR 1 Pediatría

Hospital General de Alicante (HGUA)



Índice



01

Caso clínico



02

Introducción



03

Diagnóstico



04

Tratamiento



05

Conclusiones

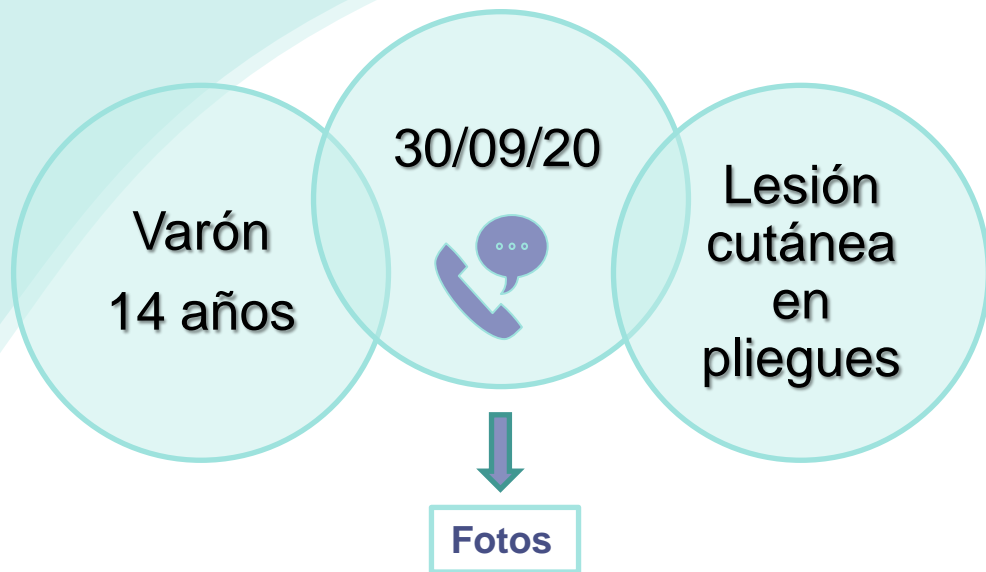


06

Bibliografía

01

Caso clínico



Fotos



Metilprednisolona
0,1% crema

Evolución



30/09

Primera consulta



19/11

Revisión (PNS)

Lesiones cutáneas en pliegues

Fotos

Metilprednisolona 0,1%

Cita programada para control:
buena respuesta

Mupirocina

Amoxicilina-clavulánico

Cita programada para control



Evolución



30/09

Primera consulta

Lesiones cutáneas en pliegues

Fotos

Metilprednisolona 0,1%

Cita programada para control:
buena respuesta



19/11

Revisión (PNS)

Mupirocina

Amoxicilina-clavulánico

Cita programada para control



27/11

Seguimiento

Mejoría pero persisten

Fotos

Cita programada 28/11
(Gastroenterología Pediátrica)

Fotos



Antecedentes personales

Antecedentes
familiares:
psoriasis materna

Gastroenterología



2015

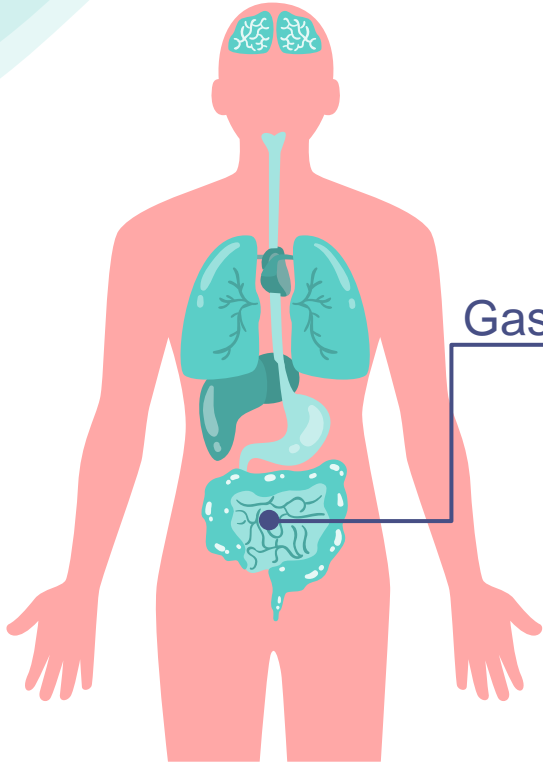
Diagnóstico:
**enfermedad
de Crohn**
(Ileal y perianal)
Infliximab

2017

Cambio
Adalimumab

2020

Continúa
Adalimumab



02 Introducción

Dermatosis intertriginosas

- **Piel intertriginosa:** Superficies opuestas de la piel que contactan en reposo → **oclusión crónica**
- Clasificación: **inflamatorios, infecciosos, genéticos, otros**
- Diagnóstico:

Historia clínica

(edad, síntomas asociados, curso clínico, tratamiento y respuesta, AP y AF)

+

Examen físico

(distribución y morfología).

Otros: hidróxido de potasio, lámpara de Wood, cultivo, biopsia...

Dermatosis intertriginosas

Morfología Placas Eritematosas



Eritrasma



Pitiriasis Rosada



Dermatitis seborreica



Intértrigo



Tiña Cruris



Psoriasis

Evolución

Inespecíficas	Específicas	Derivadas de la malabsorción	Derivadas del tratamiento
<ul style="list-style-type: none">• Pioderma gangrenoso• Eritema nodoso	<ul style="list-style-type: none">• EC metastásica• Pioestomatitis vegetante	<ul style="list-style-type: none">• Cuadros pelagroides• Déficit de cinc• Otros déficits globales	<ul style="list-style-type: none">• Sarcoma de Kaposi• Psoriasis



12/12

Seguimiento

Reconsulta por empeoramiento

Queilitis angular (08/09) → corticoides /

AS no afectación nutricional

IC telederma

Evolución

Inespecíficas	Específicas	Derivadas de la malabsorción	Derivadas del tratamiento
<ul style="list-style-type: none">•Pioderma gangrenoso•Eritema nodoso	<ul style="list-style-type: none">•EC metastásica•Pioestomatitis vegetante	<ul style="list-style-type: none">•Cuadros pelagroides•Déficit de cinc•Otros déficits globales	<ul style="list-style-type: none">•Sarcoma de Kaposi•Psoriasis



12/12
Seguimiento



15/12
Seguimiento

Reconsulta por empeoramiento
Queilitis angular/ AS no afectación nutricional
IC telederma

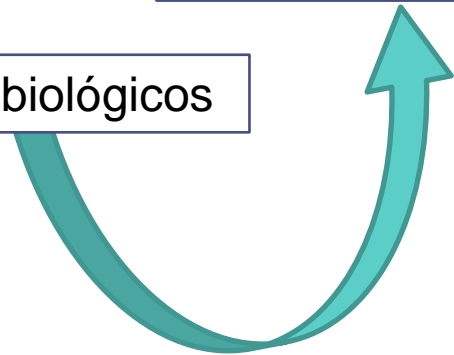
Telederma:
Miconazol+Hidrocortisona
Cita Dermatología

03

Diagnóstico

Fármacos biológicos

Psoriasis invertida



Psoriasis

- Enfermedad cutánea de base **inflamatoria** mediada por el **sistema inmune**
- Factores **genéticos + ambientales**
- Curso **crónico**, en **brotos**
- Principales **formas clínicas**:



Placas



Gotas



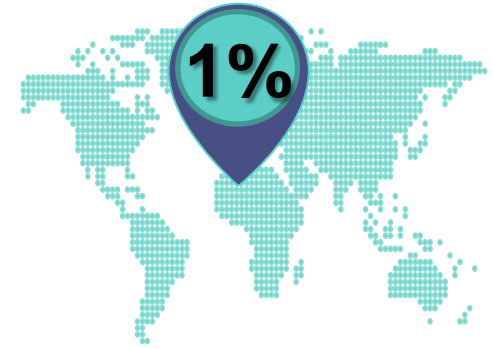
Pustulosa

Fuente: dermatoweb

Eritrodérmica

> 90% SC; bruca/progresiva; grave

Prevalencia



Psoriasis

- Localizaciones especiales:



Cuero
cabelludo



Invertida



Ungueal



Palmoplantar

Fuente: dermatoweb

- Diagnóstico: clínico → biopsia cutánea
- Tratamiento: no curativo



TÓPICO	SISTÉMICO
<ul style="list-style-type: none">CorticoidesDerivados vit DTazarotenoAntralinaBreasInhibidores calcineurina	<ul style="list-style-type: none">FototerapiaRetinoidesCiclosporinaMetotrexatoBiológicos:<ul style="list-style-type: none">antiTNF<ul style="list-style-type: none">- etanercept- adalimumab

Fármacos y reacciones paradójicas

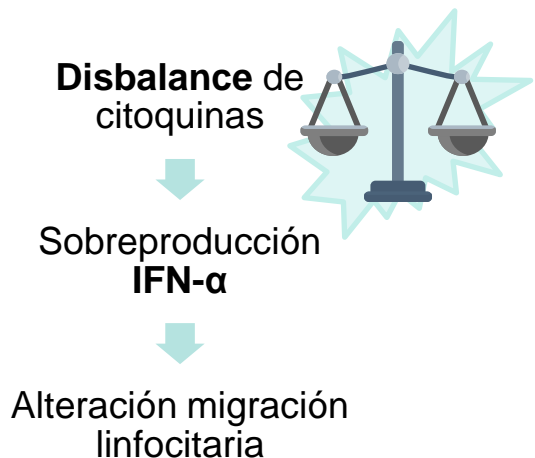
Fármacos biológicos

- ☐ Finales 1990
- ☐ Tratamiento dirigido contra componentes de la cadena inflamatoria
- ☐ Avance en el tratamiento de patologías inflamatorias inmunomediadas (EII, AR, Ps...)
- ☐ Efectos secundarios
 - Infecciones (lo más frecuente)
 - **Reacciones paradójicas**

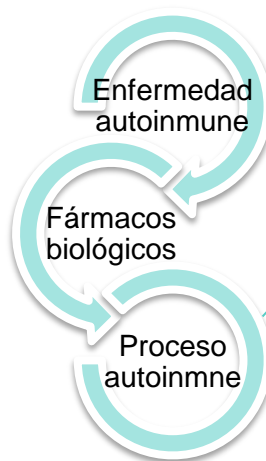
Fármacos y reacciones paradójicas

Desarrollo *de novo* o el empeoramiento de una patología inmunomediada de base que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce

- La mayoría por fármacos **anti-TNF: infliximab > adalimumab > etanercept**
 - otros fármacos biológicos de más reciente aparición (ustekinumab, secukinumab...)



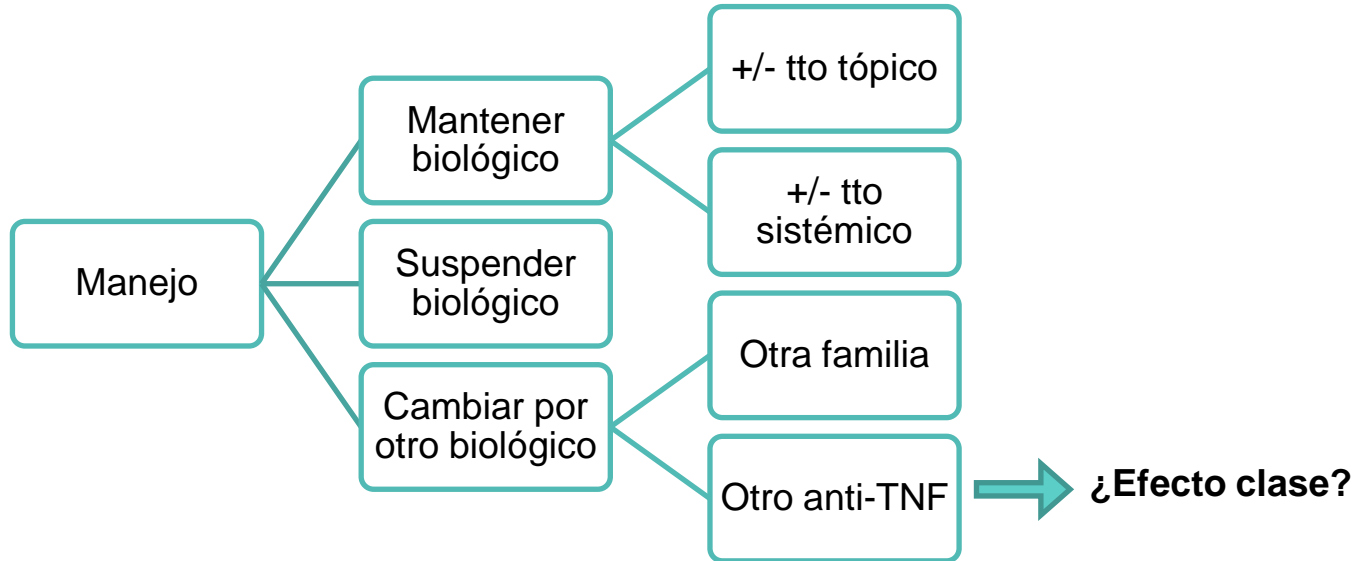
P
A
R
A
D
Ó
J
I
C
A



- Erupciones psoriasiformes**
- Exacerbaciones EII
- Hidradenitis supurativa
- Sd. Lupus-like

Psoriasis paradójica

- Reacción paradójica **más frecuente** y la **primera** en describirse
- Características histológicas **indistinguibles de la psoriasis espontánea**
Eosinófilos/células plasmáticas → ¿inducida por fármacos?



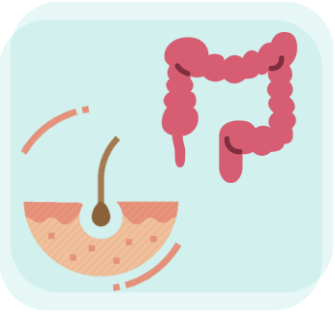


04 **Tratamiento** **Plan**

Tratamiento/Plan



- Hidrocortisona+miconazol
- Jabón natural



- Gastroenterología Pediátrica
- Dermatología

Optimizar dosis
adalimumab

¿Mejoría?

Psoriasis

¿Empeoramiento?

Reacción
paradójica

Conclusiones

1. Las reacciones paradójicas se definen como la aparición *de novo* o el empeoramiento de una patología inmunomediada que normalmente respondería al mismo agente terapéutico que la induce
2. Las reacciones paradójicas se han descrito, en su mayoría, por fármacos anti-TNF
3. El bloqueo del TNF α resulta en un exceso de IFN α que estimula la migración de los linfocitos T, provocando la reacción inflamatoria
4. La reacción paradójica más frecuentemente descrita es la psoriasis
5. En la psoriasis paradójica no siempre es necesaria la suspensión del biológico ni su cambio por otro fármaco del grupo, ya que en muchas ocasiones se controla con tratamientos tópicos
6. Es necesario que los pediatras conozcan estos efectos secundarios, dado el uso cada vez más frecuente de estos fármacos en la edad pediátrica



- Green Clayton B. Approach to the patient with an intertriginous skin disorder. Stratman E, ed. UpToDate [En línea]. 2020 [Fecha de consulta: 3-XII-2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-intertriginous-skin-disorder>
- Azaña-Defez JM, Martínez-Martínez ML. Psoriasis in childhood and adolescence. *Pediatr Integral*. 2016; 20: 234-43
- Domingo-Herranz H, Soria-Gili X, Ribera-Pibernat M. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria del intestino. *Piel*. 2006; 21: 295-305
- Ávila-Álvarez A, García-Alonso L, Solar-Boga A, García-Silva J. Psoriasis secundaria al tratamiento con infliximab y adalimumab en la enfermedad de Crohn. *An Pediatr*. 2009; 70: 278-81
- Mahil SK, Capon F, Barker JN. Update on psoriasis immunopathogenesis and targeted immunotherapy. *Semin Immunopathol*. 2016; 38: 11-27
- Munuera-Campos M, Ballesca F, Carrascosa JM. Reacciones paradójicas de los tratamientos biológicos utilizados en psoriasis: revision de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2018; 109: 719-800
- Balaguer-Trull I, Calvo-Catalá J. Psoriasis paradójica como efecto adverso por el uso de la terapia biológica: revisión de la literatura. *Enferm Dermatol*. 2017; 11: 43-49

! Gracias por
su atención !

Una
complicación
paradójica

