



NUEVOS HORIZONTES SIN LÍMITES EN PsO Y HS

Dra. Cristina Ciudad

Hosp. General Univ. Gregorio Marañón

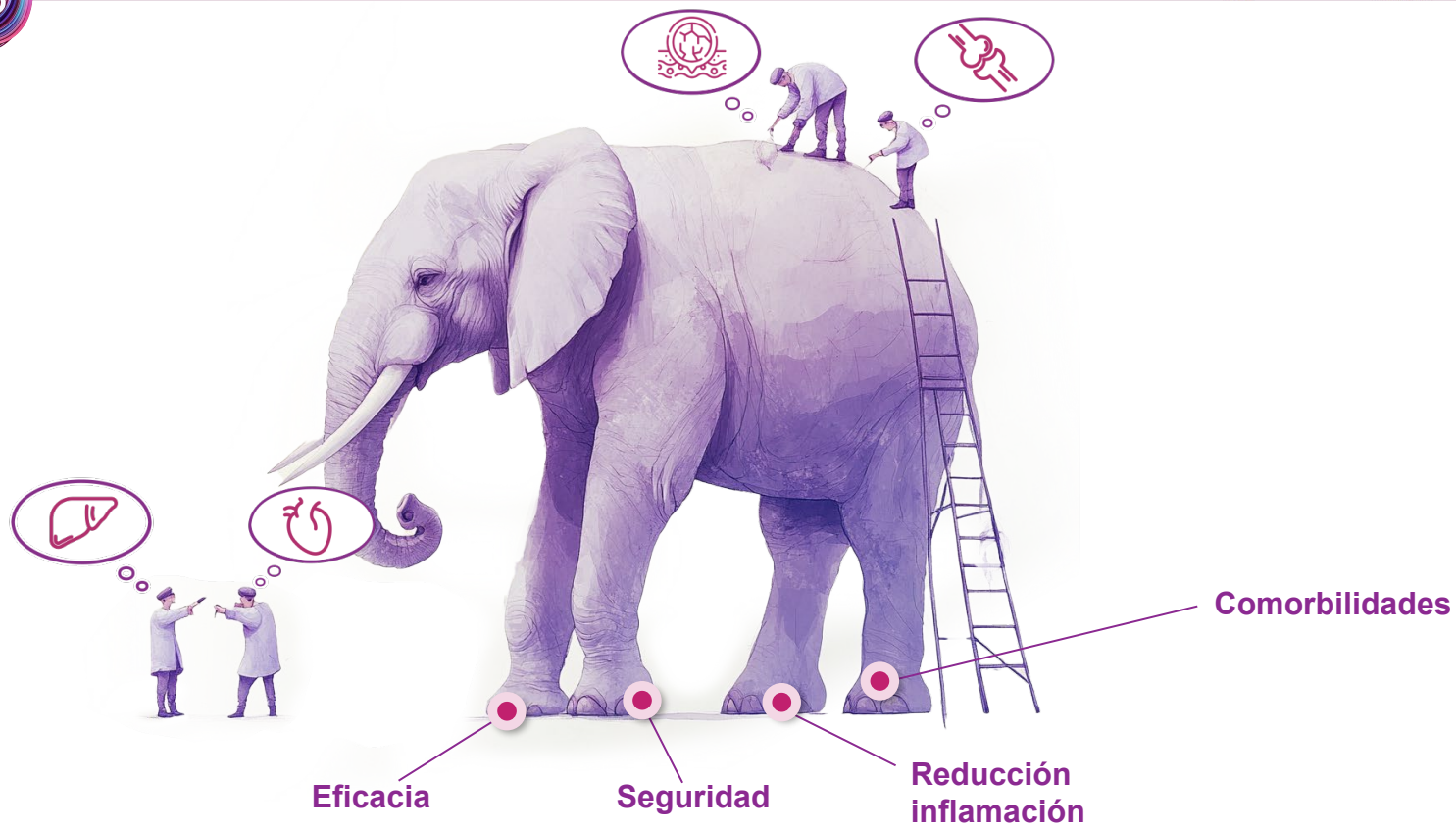
Dr. Antonio Martínez

Hosp. General del H.U. Virgen de las Nieves

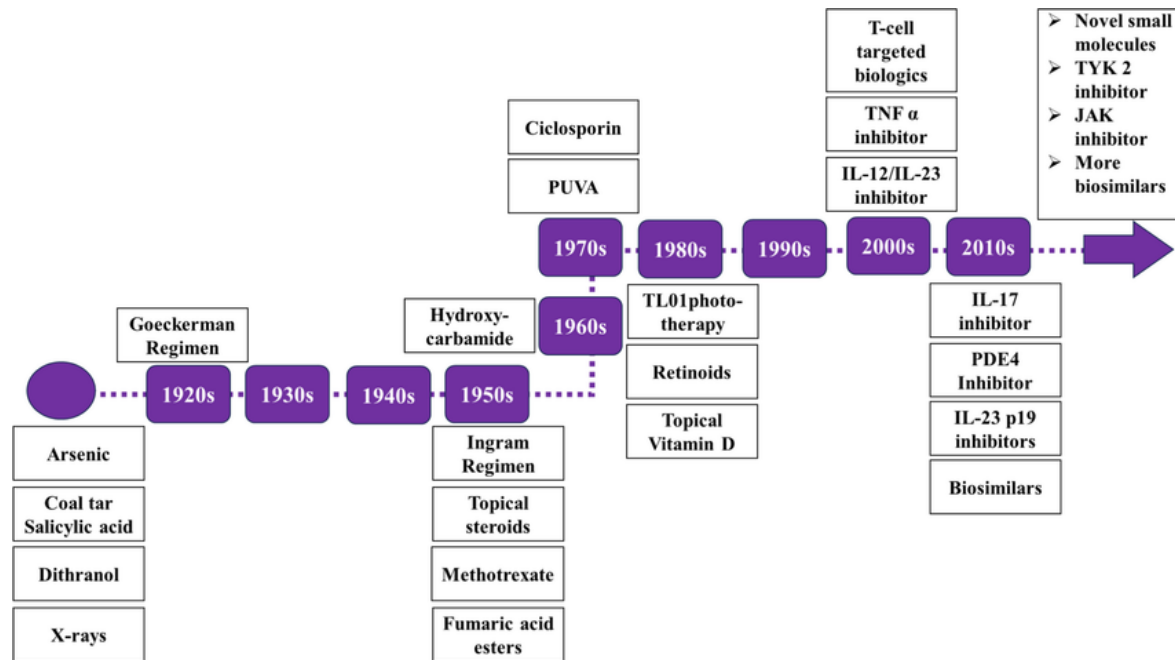


Novedades en psoriasis

Dr. Antonio Martínez
H.U. Virgen de las Nieves

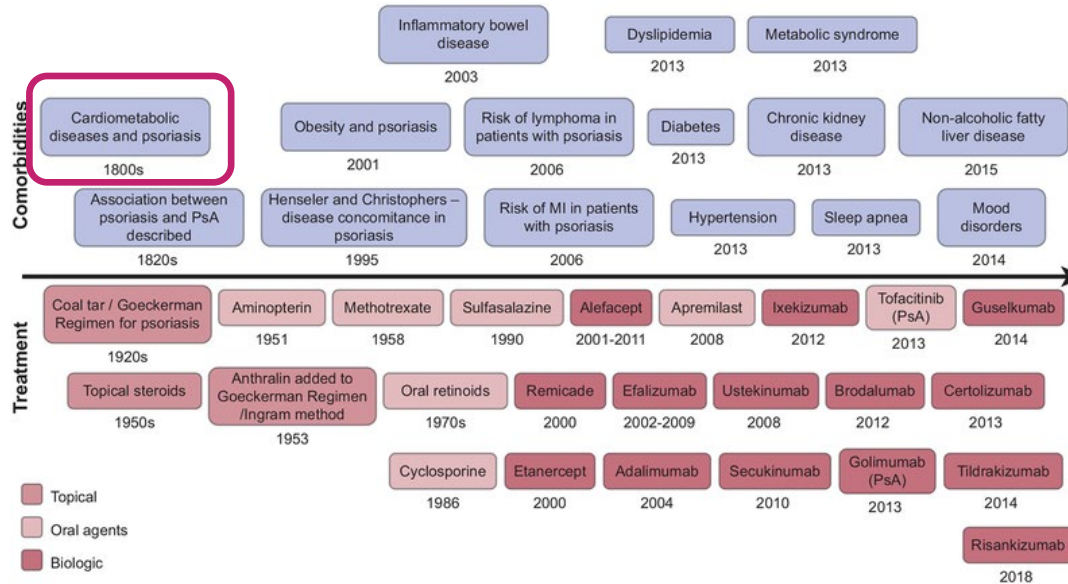


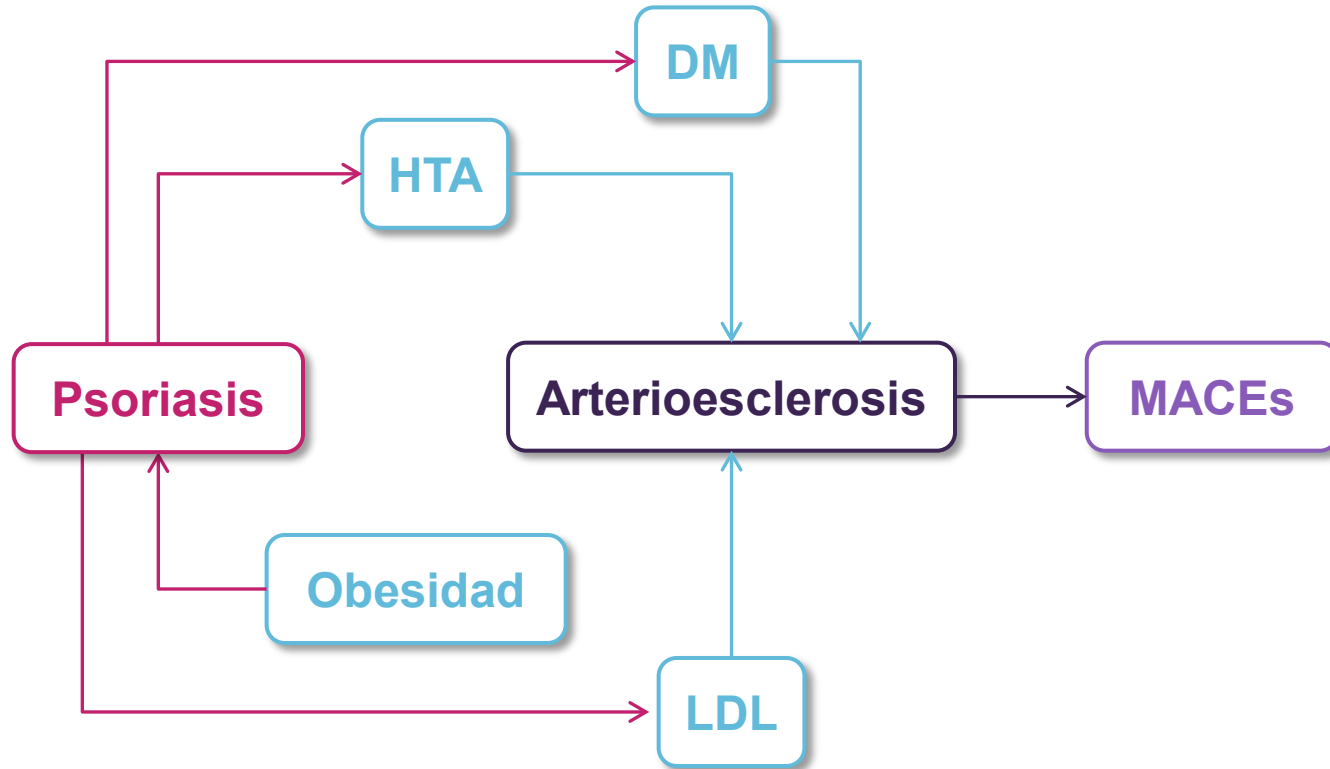
El horizonte de la evolución de la psoriasis



Trending topics en psoriasis

El horizonte de la evolución de las comorbilidades







Psoriasis en placas vs. Población general

Cohortes

10^o CONGRESO DE PSORIASIS

1a: Measures of Association

Cohort	Psoriasis Cohort	Psoriasis with Outcome	Risk
1 GLOBAL + PS 2 General Dermatitis	81,216	11,184	13.744%
2 GHS GLOBAL 2 + Cohorte Población	81,216	4,968	6.117%

Risk Difference	95% CI	p	Risk Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
7.626%	(7.341%; 7.918%)	0.0001	2.247	(2.176; 2.32)	2.446	(2.362; 2.530)

RR 2.247

1b: Kaplan-Meier Analysis

Cohort	Psoriasis Cohort	Psoriasis with Outcome	Median Survival (Days)	Survival Probability at End of Time Window	Log Rank Test	p
1 GLOBAL + PS 2 General Dermatitis	81,216	11,184	-	77.925%	1,793,008	< 0.0001
2 GHS GLOBAL 2 + Cohorte Población	81,216	4,968	-	88.933%		

Hazard Ratio	95% CI	p
2.016	(1.943; 2.084)	0.0001

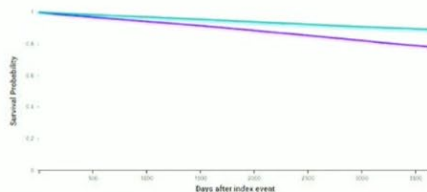
HR 2.016

En 10 años, los pacientes con psoriasis en placas tienen el doble de riesgo de morir en comparación con la población general

Risk of Outcome



Kaplan-Meier Survival Curve



**RAQUEL RIVERA
DÍAZ**

Análisis de la mortalidad en pacientes con psoriasis mediante el uso de herramientas de real world data

10^o CONGRESO DE PSORIASIS
MADRID, 17-18 ENERO 25

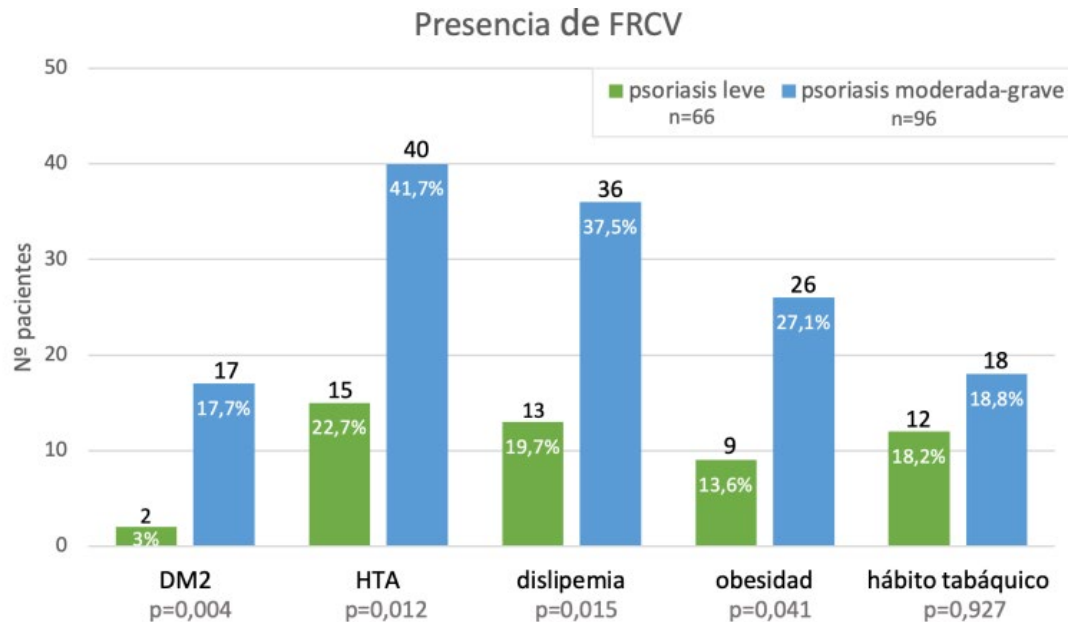
Comunicaciones Orales: 5ª Parte: comunicaciones orales 1

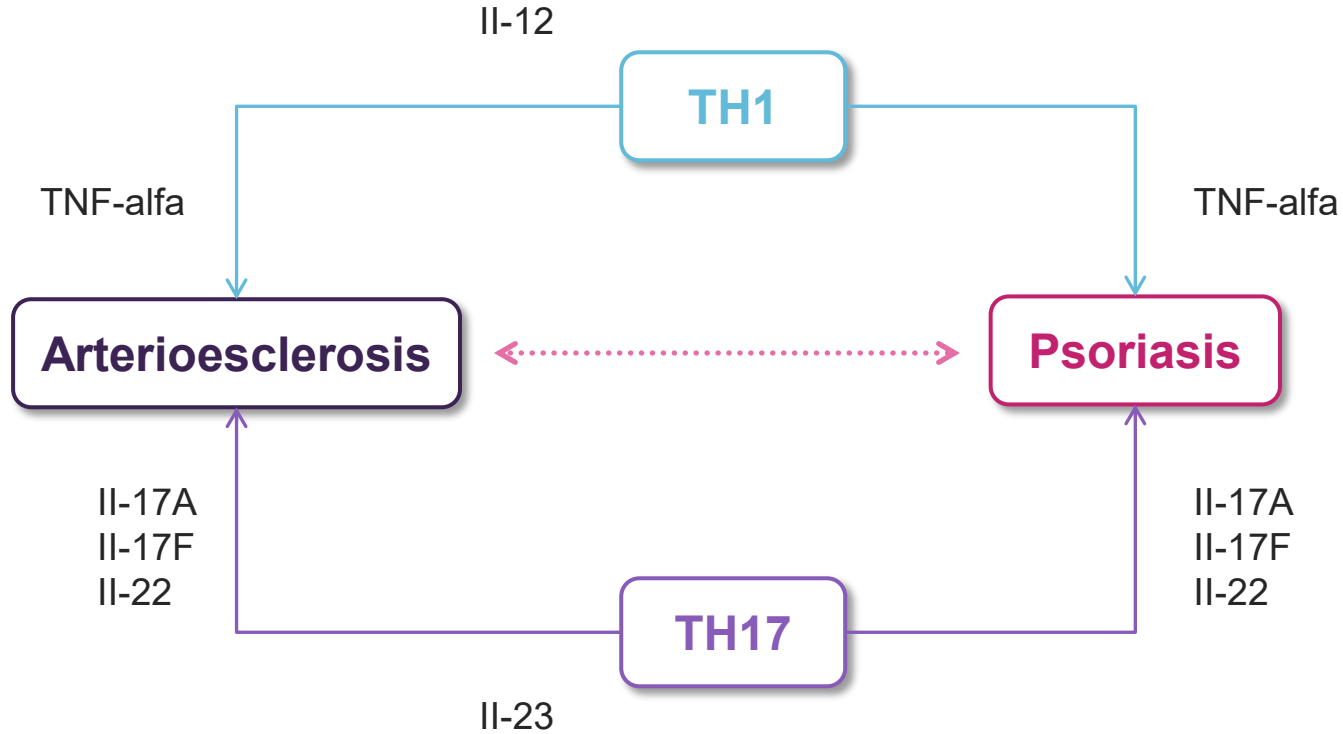
Moderadores: Marta García Bustinduy y Fernando Gallardo Hernández



Comparación de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular entre pacientes con psoriasis leve y psoriasis moderada-grave

Diana P. Ruiz Genao, María Cuervo Ugidos,
María José García Fernández de Villalta.
Servicio de Dermatología. Hospital
Universitario Quironsalud Madrid. Madrid
(España).



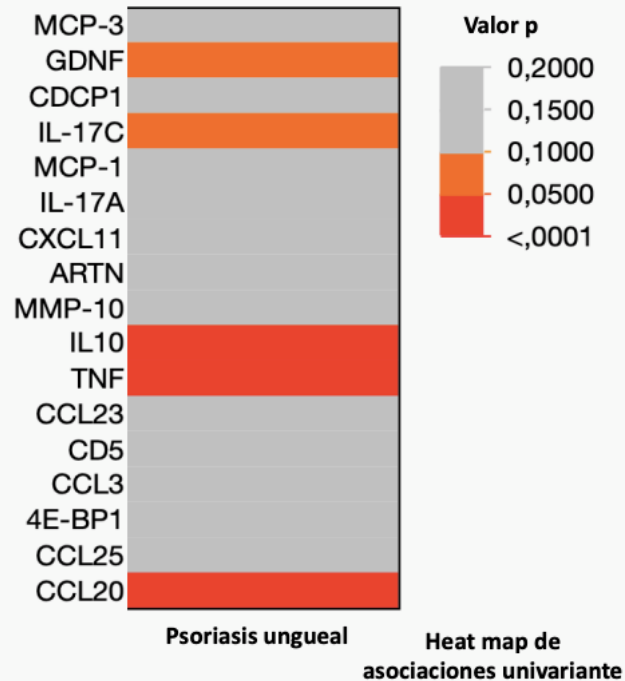


**CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE MARCADORES
PROINFLAMATORIOS EN PACIENTES CON PSORIASIS UNGUEAL:
UN ESTUDIO TRANSVERSAL**

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

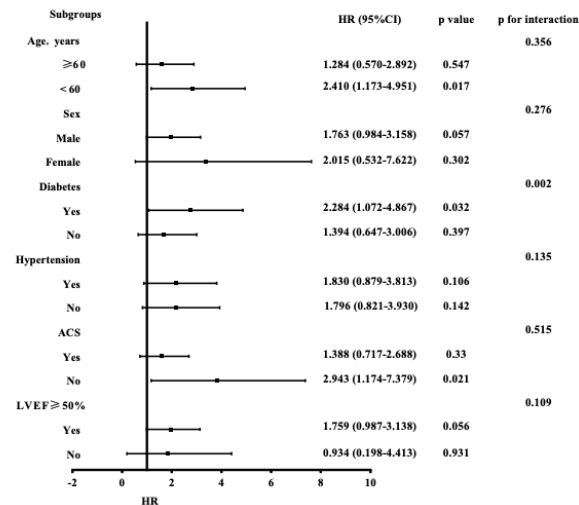
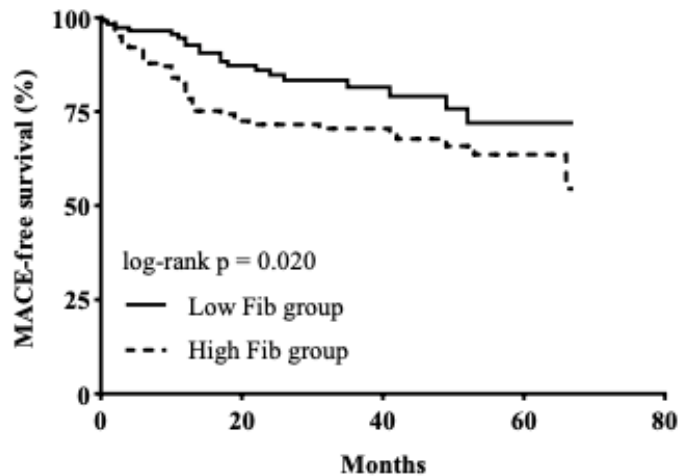
Manuel Sánchez Díaz, Antonio Martínez López, Álvaro Sierra-Sánchez, Raquel Sanabria-De la Torre, Salvador Arias Santiago

**Análisis univariante de proteómica en psoriasis
ungueal**



Fibrinogen is Associated with Clinical Adverse Events in Patients with Psoriasis and Coronary Artery Disease

Lin Zhao*, Yan Zeng*, Lin Sun, ZengLei Zhang, KunQi Yang, ZuoZhi Li, Man Wang, XianLiang Zhou, WeiXian Yang



Relación del perfil de citoquinas inflamatorias con la rigidez arterial en pacientes con psoriasis: Un estudio transversal.

Alberto Soto-Moreno 1,, Manuel Sánchez Díaz 1, Antonio Martínez-López 1, Álvaro Sierra-Sánchez 2, Salvador Arias Santiago 1,2,3.

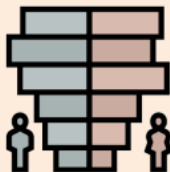
1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
2. Unidad de Producción Celular e Ingeniería Tisular, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
3. Unidad de Psoriasis, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

RESULTADOS

Estudio descriptivo

Se realizaron un total de 50 mediciones.

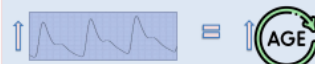
Edad media: 47,58 años
Ratio hombre:mujer 1-62:1
PASI medio: 7,42 puntos
VOP media; 7,75m/s.



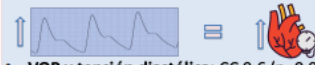
VOP y RCV

VOP se asoció a variables clásicas de RCV

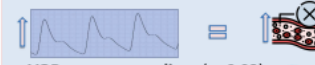
- VOP y edad: CC 0.9 ($p < 0.05$)



- VOP y Tensión sistólica: CC 0.8 ($p < 0.05$)



- VOP y tensión diastólica: CC 0.6 ($p = 0.02$)



- VOP y sexo masculino: ($p = 0.03$)

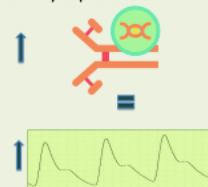
Cc= coeficiente de correlación

VOP y citoquinas

VOP se correlacionó con los niveles de marcadores inflamatorios

CDCP1 (cc=0.33), MCP-3 (cc=0.37), CXCL10 (cc=0.2) y 4EBP1 (cc=0.6)

con independencia de la gravedad de la enfermedad y la presencia de artritis ($p < 0.01$).





Lifestyle changes for treating psoriasis (Review)

Ko SH, Chi CC, Yeh ML, Wang SH, Tsai YS, Hsu MY

Dietary intervention compared to usual care for treating psoriasis

Patient or population: people with psoriasis

Setting: hospital

Intervention: dietary intervention

Comparison: usual care

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	N° of participants (trials)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with usual care	Risk with dietary intervention				
Severity of psoriasis	Trial population		RR 1.66 (1.07 to 2.58)	323 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Low ^a	-
PASI 75 (the proportion of participants achieving at least 75% improvement from baseline in the Psoriasis Area and Severity Index) Follow-up: 24 weeks	537 per 1000	891 per 1000 (575 to 1000)				
Adherence to the intervention	Trial population		RR 1.26 (0.76 to 2.09)	105 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Low ^a	-
Follow-up: 24 weeks to 6 months	654 per 1000	824 per 1000 (497 to 1000)				
Quality of life	The mean quality of life assessed by change in DLQI was -2.2	MD 12.20 lower (13.92 lower to 10.48 lower)	-	36 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^b	-
Change in DLQI (scale from 0 to 30; lower DLQI scores represent improvement in quality of life) Follow-up: 6 months						
Time to relapse	-	-	-	-	-	Not measured
Not measured						
Reduction in comorbidities	The mean reduction in comorbidities assessed by change in BMI was 0.1 kg/m ³	MD 4.65 kg/m ³ lower (5.93 lower to 3.36 lower)	-	78 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^b	-
Change in BMI (lower BMI is beneficial) Follow-up: 24 weeks to 6 months						



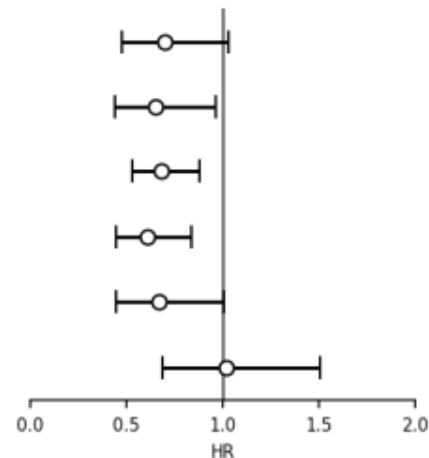
INHIBIDORES DE SGLT2 EN PSORIASIS, MEJORANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR (TriNetX)

Gotor Alfonso (1), Hernández Julia (2), Ortiz Romero Pablo (1,3); Hernández Gema (4), Raquel Rivera (1,3)

- (1) Servicio de Dermatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
- (2) Grupo de Salud Digital, Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre, Madrid.
- (3) Universidad Complutense de Madrid.
- (4) TriNetX Europe NV, Sint-Martens-Latem, Bélgica.

**Grafica de tipo Forrest Plot representando el Hazard Ratio (Intervalo de confianza al 95%) de cada uno de los outcomes evaluados en este trabajo.
(HR < 1 indica que iSGLT2 es beneficioso en ese evento)**

iSGLT2 vs no iSGLT2	HR (95% CI)
Acute myocardial infarction	0.699 (0.475,1.027)
Cerebral infarction	0.649 (0.439,0.961)
Heart Failure	0.681 (0.528,0.879)
Other peripheral vascular diseases	0.609 (0.443,0.837)
Angina pectoris	0.669 (0.447,1.002)
TiAs and related syndromes	1.015 (0.684,1.507)



Risk of major adverse cardiovascular events and venous thromboembolic events between patients with psoriasis or psoriatic arthritis on tumor necrosis factor inhibitors, interleukin 17 inhibitors, interleukin 12/23 inhibitors, and interleukin 23 inhibitors: An emulated target trial analysis

Tai-Li Chen, MD,^{a,b} Jing-Yang Huang, PhD,^{c,d} Hui-Yun Lin, MD,^e Yun-Ting Chang, MD, PhD,^{a,b,f}
Cheng-Yuan Li, MD, MSc,^{a,b} and James Cheng-Chung Wei, MD, PhD^{g,h,i,j}

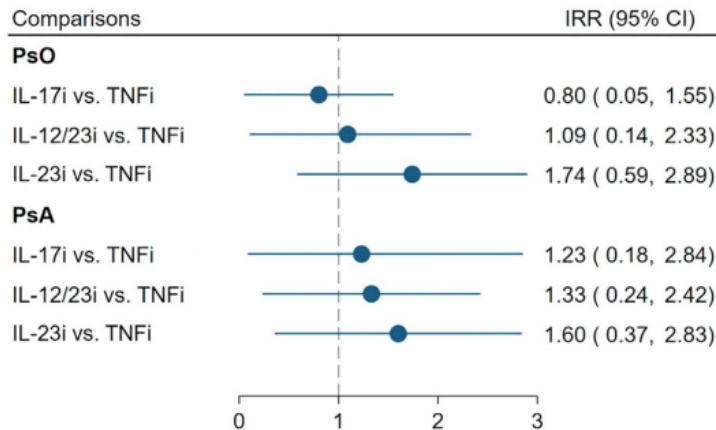
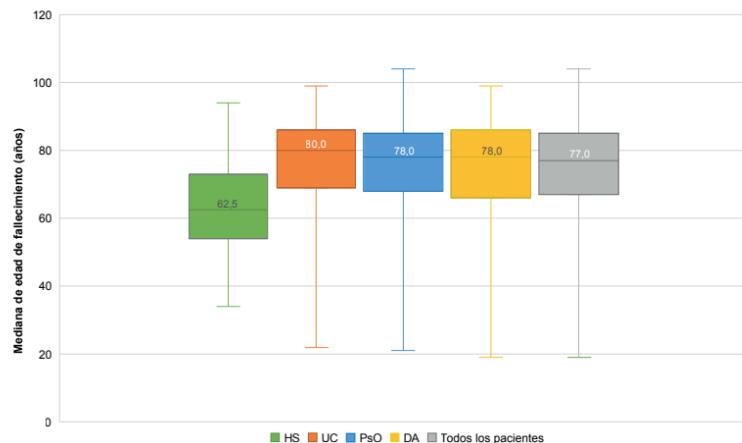


Fig 3. Risk of venous thromboembolic events comparing new biologics (interleukin 17 inhibitor [IL-17i], interleukin 12/23 inhibitor [IL-12/23i], or interleukin 23 inhibitor [IL-23i]) and tumor necrosis factor inhibitor (TNFi). *HR*, Hazard ratio; *PsA*, psoriatic arthritis; *PsO*, psoriasis.

Análisis de mortalidad en pacientes con hidradenitis supurativa, urticaria crónica, psoriasis y dermatitis atópica en los servicios de dermatología de hospitales terciarios en España, basado en tecnología big data: estudio DERMACLEAR.

Vicente García-Patos¹, Francisco J. Ortiz de Frutos², Ana M. Giménez-Arnau³, Jose L. López-Esteban⁴, Jaume Notario⁵, Lluís Puig⁶, Ana Martín-Santiago⁷, Raquel Rivera², Guillermo Guinea⁸, Pau Terradas⁸, Elisabet Fernández⁹, Jose Rojo⁶, Lara Gómez⁸, Esteban Daudén⁹

Figura 3. Mediana de edad de fallecimiento de pacientes con enfermedades cutáneas inflamatorias





Nuevos Horizontes sin límites en HS

Dra. Cristina Ciudad

Hosp. General Univ. Gregorio Marañón

Trending topics en HS

¿Qué hay de nuevo en HS?

Nuevas guías

Guías europeas 2024

Received: 11 August 2024 | Accepted: 30 October 2024
DOI: 10.1111/jdv.20872

GUIDELINES

EADV J EADV

European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment

C. C. Zouboulis^{1,2} | F. G. Bechara^{2,3} | F. Benhadou^{2,4} | V. Bettoli^{2,5} |
Z. Bukvić Mokos^{1,6,7} | V. Del Marmol^{2,4} | M. Dolenc-Voljc^{2,8,9} |
E. J. Giamarellos-Bourboulis^{2,10} | Ö. Grimstad^{2,11,12} | P. Guillen^{2,13} | B. Horváth^{2,14} |
R. E. Hunger^{2,15} | J. R. Ingram^{2,16} | D. Ioannidis^{2,17} | E. Just¹⁸ | L. Kemény^{2,19} |
B. Kirby^{2,20} | A. I. Liakou^{2,21} | B. M. McGrath^{2,22} | A. V. Marzano^{2,23,24} |
L. Matusiak^{2,25} | A. Molina-Leyva^{2,26} | A. Nassif^{2,27} | M. Podda^{2,28} | E. P. Prens^{2,29} |
F. Prignano^{2,30} | H. Raynal^{2,31} | M. Romanelli^{2,32} | D. M. L. Saunte^{2,33,34,35} |
A. Szegedi^{2,36} | J. C. Szepletowski^{2,37} | T. Zzellos^{2,11,12} | S. Valiukevičienė^{2,37,38} |
H. H. van der Zee^{2,29} | K. R. van Straelen^{2,29} | B. Villumsen^{2,39} | G. B. E. Jemec^{2,34,35}

Correspondence
C. C. Zouboulis, Departments of
Dermatology, Venereology, Allergy and
Immunology, Hirslanden Klinik am Deutscher
Brühl, Hirslanden Medical School, Thorbecke
Foundation and Faculty of Health Sciences
Brandenburg, Auenberg 36, 10647 Berlin,
Germany.
Email: christos.zouboulis@hmb-fontane.de

Funding information
European Hidradenitis Suppurativa
Foundation e.V., European Reference
Network for Rare and Complex Skin Diseases
• Working group ALLOCATE

Abstract

Introduction: This second part of the S2k guidelines is an update of the 2015 S1 European guidelines.

Objective: These guidelines aim to provide an accepted decision aid for the selection, implementation and assessment of appropriate and sufficient therapy for patients with hidradenitis suppurativa/acne inversa (HS).

Methods: The chapters have been selected after a Delphi procedure among the experts/authors. Certain passages have been adopted without changes from the previous version. Potential treatment complications are not included, being beyond the scope of these guidelines.

Results: Since the S1 guidelines publication, validation of new therapeutic approaches has almost completely overhauled the knowledge in the field of HS treatment. Inflammatory nodules/abscesses/draining tunnels are the primary lesions, which enable the classification of the disease severity by new validated tools. In relation to the degree of detectable inflammation, HS is classified into the inflammatory and the predominantly non-inflammatory forms. While the intensity of the inflammatory form can be subdivided by the IHS4 classification in mild, moderate and severe HS and is treated by medication accordingly, the decision on surgical treatment of the predominantly non-inflammatory form is based on the Hurley stage of the affected localization. The effectiveness of oral tetracyclines as an alternative to the oral combination of clindamycin/rifampicin should be noted. The duration of systemic antibiotic therapy can be shortened by a 5-day intravenous clindamycin treatment. Adalimumab, secukinumab and bimekizumab subcutaneous administration has been approved by the EMA for the treatment of moderate-to-severe HS. Various

Received: 3 December 2023 | Accepted: 27 February 2024
DOI: 10.1111/jdv.15412

GUIDELINE



S2k guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa / acne inversa – Short version

Christos C. Zouboulis^{1,2} | Falk G. Bechara^{2,3} | Klaus Fritz^{4,5} | Matthias Goebeler^{2,6} |
Frank H. Hetzer⁷ | Elke Just⁸ | Natalia Kirsten^{5,9} | Georgios Kokolakis^{5,10} |
Hjalmar Kurzen^{5,11} | Georgios Nikolakis^{1,2} | Andreas Pinter^{2,12} | Maurizio Podda^{5,13} |
Kerstin Rosinski¹⁴ | Sylke Schneider-Burrus^{2,15} | Klaus-M. Taube¹⁶ | Thomas Volz¹⁷ |
Thomas Winkler¹⁸ | Anna Kristandt¹⁹ | Dagmar Presser^{2,6} | Viktor A. Zouboulis^{2,20}

Correspondence

Prof. Dr. med. Prof. Honoraria Dr. h.c. Christos C.
Zouboulis, Departments of Dermatology,
Venereology, Allergy and Immunology,
Städtisches Klinikum Dresden, Brandenburg
Medical School Thorbecke Foundation and Faculty of
Health Sciences Brandenburg, Auenberg 36,
10647 Berlin, Germany.
Email: christos.zouboulis@hmb-fontane.de

Summary

The S2k guideline on hidradenitis suppurativa/acne inversa (HS/AI) aims to provide an accepted decision aid for the selection/implementation of appropriate/sufficient therapy. HS/AI is a chronic recurrent, inflammatory, potentially mutilating skin disease of the terminal hair follicle-glandular apparatus, with painful, inflammatory lesions in the apocrine gland-rich regions of the body. Its point prevalence in Germany is 0.3%, it is diagnosed with a delay of 10.0 ± 9.6 years. Abnormal differentiation of the keratinocytes of the hair follicle-gland apparatus and accompanying inflammation form the central pathogenetic basis. Primary HS/AI lesions are inflammatory nodules, abscesses and draining tunnels. Recurrences in the last 6 months with at least 2 lesions at the predilection sites point to HS/AI with a 97% accuracy. HS/AI patients suffer from a significant reduction in quality of life. For correct treatment decisions, classification and activity assessment should be done with a validated tool, such as the International Hidradenitis Suppurativa Severity Scoring System (IHSS4). HS/AI is classified into two forms according to the degree of detectable inflammation: active, inflammatory (mild, moderate, and severe according to HS4) and predominantly inactive, non-inflammatory (Hurley grade I, II and III) HS/AI. Oral tetracyclines or 5-day intravenous therapy with clindamycin are equal to the effectiveness of clindamycin/rifampicin. Subcutaneously administered adalimumab,

¿Qué es nuevo respecto a las guías europeas de 2015?

Formas HS

- 1. Inflamatoria:** clasificación IHS4 (leve, moderada, grave) → Tto. médico
- 2. No inflamatoria:** clasificación Hurley → Tto. quirúrgico
- 3. Enfoque terapéutico holístico**
 - Tratamiento médico: reducir inflamación
 - Tratamiento quirúrgico: eliminar daño tisular irreversible

Objetivos

- Contaje de lesiones, IHS4-55
- Calidad de vida
 - 12 semanas de reevaluación
 - Disminución de la inflamación
 - Mejoría de la calidad de vida

IHS4-55

- Escala validada en EC y en clínica
- Pacientes con AN <3 pero múltiples túneles drenantes
- Tiene en cuenta el número de fístulas

¿Qué es nuevo respecto a las guías europeas de 2015?

Fármacos clásicos en HS

- Doxiciclina 100 mg/12 h (50 mg/12 h) eficacia similar a RFP + clindamicina
- Acortar terapia antibiótica
 - Clindamicina 600 mg/8 h i.v. 5 días

3 biológicos aprobados en HS

- Adalimumab (>12 años)
- Cosentyx®
- Bimekizumab

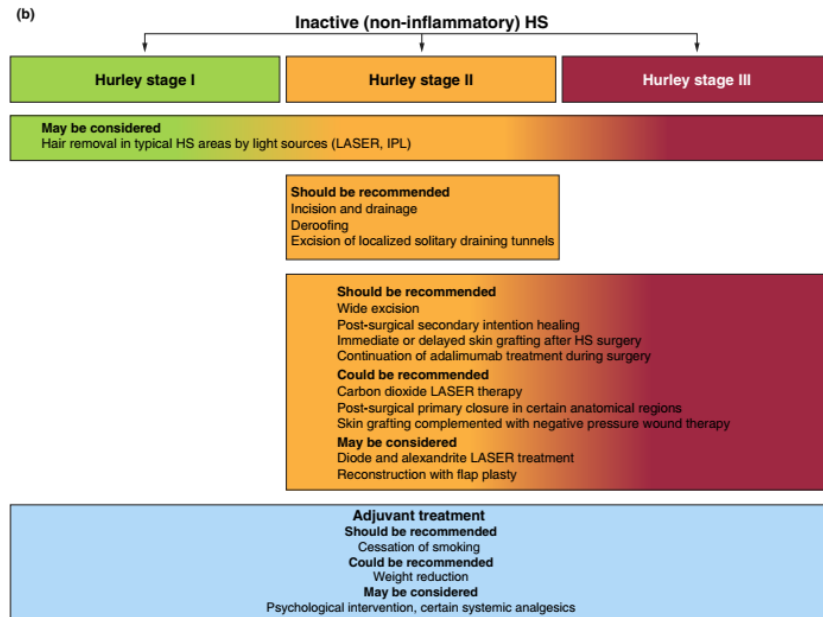
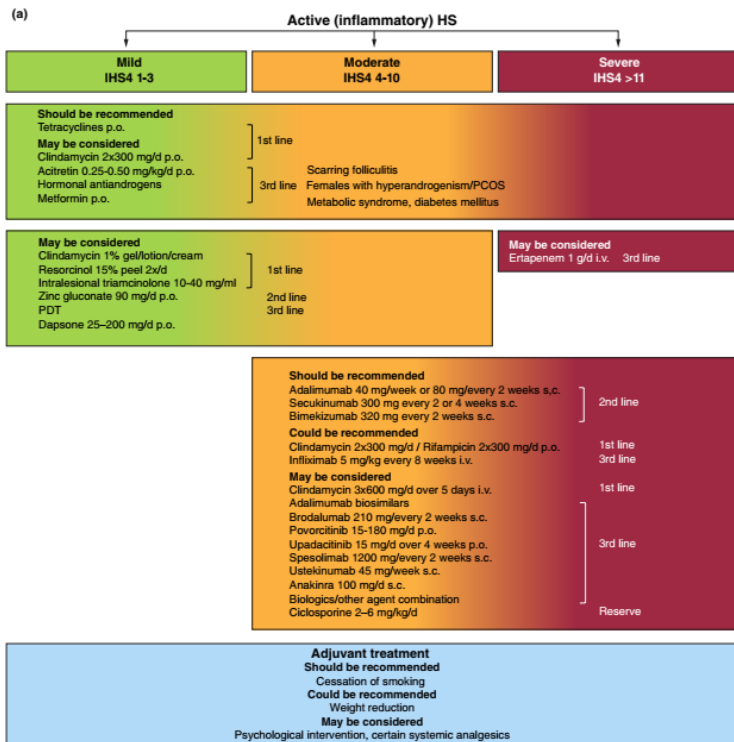
Todo lo demás (excepto monoterapia con antibióticos): *off-label*

Manejo fístulas drenantes

- Control antiinflamatorio antes de cirugía
- Adalimumab ha demostrado no ↑ riesgo de infección, sangrado ni otras complicaciones en pacientes sometidos a cirugía + adalimumab
- Cosentyx®, bimekizumab y spesolimab han demostrado reducir el número de fístulas drenantes

After anti-inflammatory treatment or when only solitary draining tunnels are present, surgical approaches			
Strength	Agreement		
↑↑	Should be recommended	Strong consensus	31/31 (100%)

The use medical therapy prior to surgical intervention in order to achieve control of inflammation			
Strength	Agreement		
↑↑	Should be recommended	Strong consensus	31/31 (100%)

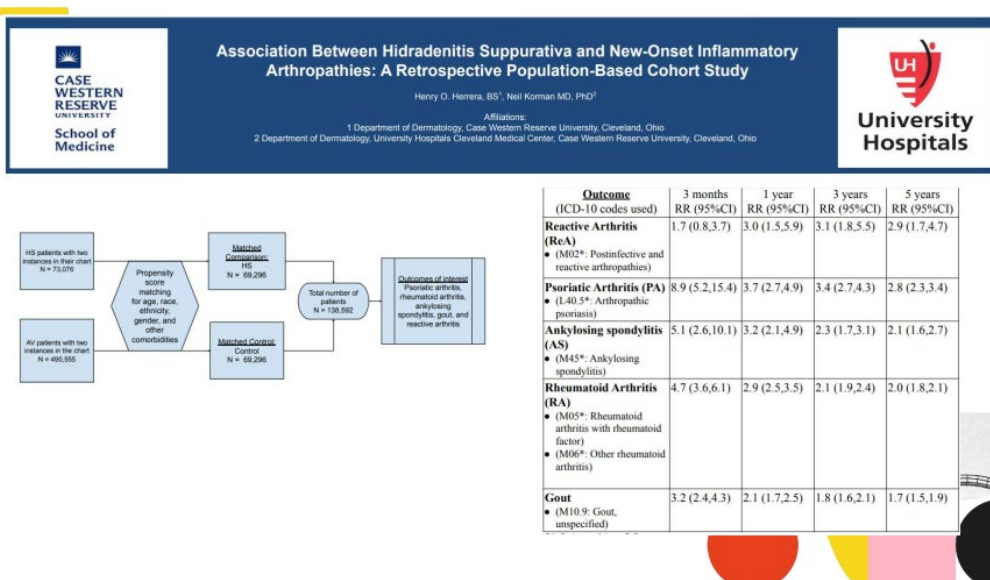


HS: hidradenitis suppurativa; IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System

Zouboulis C, et al.. J EADV. 2024; 00: 1-43.

AAD Annual Meeting 2025

HS
101 pósteres
3 sesiones
monográficas
Póster
ganador



AAD: American Academy of Dermatology; HS: hidradenitis suppurativa.
Highlights AAD Annual Meeting 2025. Dr. Héctor Perandones.

Póster presentado en AAD Annual Meeting 2025.

AAD Annual Meeting 2025

Hidradenitis Associated Inflammatory Arthritis (HAIA)

- Periférica > axial SpA
- HLA-B27 negativo
- No SpA radiológica
- Prevalencia en HS: 25 % rigidez matutina, 52 % artralgiyas, 23 % artritis inflamatoria confirmada

Tipos de artritis inflamatoria asociadas a HS

- Espondiloartritis periférica
- Espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal
- Espondilitis anquilosante
- Artritis psoriásica
- Artritis reumatoide

AAD: American Academy of Dermatology; SpA: espondiloartritis; HS: hidradenitis supurativa.
Highlights AAD Annual Meeting 2025. Dr. Héctor Perandones

Sy et al.JMIR Dermatol 2024;7:e58989.

EHSF 2025 Vilnius

- Prevalencia de artritis en pacientes con HS 1,7 %
- Artritis periférica (36,2 %) y axial SpA (26,1 %) formas más frecuentes
- Pacientes con HS y artritis tienen una mayor carga de enfermedad que los pacientes con HS:
 - Mayor asociación con otras IMID, como enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis
 - Peor calidad de vida y depresión
 - Aumento del número de biológicos y mayor número de visitas al dermatólogo

HS: hidradenitis suppurativa; IMID: enfermedades inflamatorias inmunomediadas; SpA: espondiloartritis.

Garbayo P, et al. Prevalence and burden disease burden in patients with concomitant hidradenitis suppurativa and arthritis: a retrospective multicenter case-control study. Abstract 24 presentado en EHSF2025. Vilnius

EHSF 2025 Vilnius

SECU-SPAIN

- 263 pacientes con HS tratados con Cosentyx®, 130 ♀ y 130 ♂, edad media 41,8 años, Hurley II 42 %, Hurley III 55 %
- HiSCR50
 - Semana 16: 57,3 % (105/183)
 - Semana 24: 63,6 % (112/176)
 - Semana 52: 64 % alcanzaron IHS4 55
- Discontinuación del tratamiento: 14 % (38/263) en semana 24 (2 % por EA)

Semana 52

79% de los pacientes que alcanza HiSCR semana 16 lo mantienen en s52

82% de los pacientes alcanzan una reducción >30% DLQI

68% pacientes que tenían HS moderada-grave al inicio pasan a tener una HS leve

EA: eventos adversos; EHSF: European Hidradenitis Suppurativa Foundation; HiSCR: Hidradenitis Suppurativa Clinical Response; HS: hidradenitis suppurativa; IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System.

Martorell A, et al. SECU-SPAIN: real-world efficacy and safety of secukinumab in hidradenitis suppurativa - A 1-year follow-up analysis. Abstract 165 presentado en EHSF2025. Vilnius.

EHSF 2025 Vilnius

Dosis Cosentyx® en HS

Haselgruber S, et al. Potential clinical factors associated with secukinumab dose selection in the treatment of hidradenitis suppurativa: a cohort study of 132 patients. EHSF 2025. Vilnius

Dosis de 300 mg quincenal más frecuente en:

- Mayor daño estructural
- Sexo masculino
- Hurley avanzado
- Mayor duración de la enfermedad

EA: eventos adversos; EHSF: European Hidradenitis Suppurativa Foundation; HiSCR: Hidradenitis Suppurativa Clinical Response; HS: hidradenitis suppurativa; IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System.

Haselgruber S et al. Potential Clinical Factors Associated with secukinumab dose selection in the treatment of hidradenitis suppurativa: a cohort study of 132 patients. Abstract 108 presentado en EHSF2025. Vilnius.

Comunidad de Madrid 2024

Estudio observacional ambispectivo multicéntrico de 16 hospitales

**137
pacientes**

81 mujeres
56 hombres

Edad media
42,81 ± 14,1

IMC
31,09 ± 6,68

Hurley II
(44/137)

Hurley III
(90/137)

IHS4

13,94 ± 8,54

Dosis

98 pct. SEC
300 mg/28 d
39 pct. SEC
300 mg/14 d

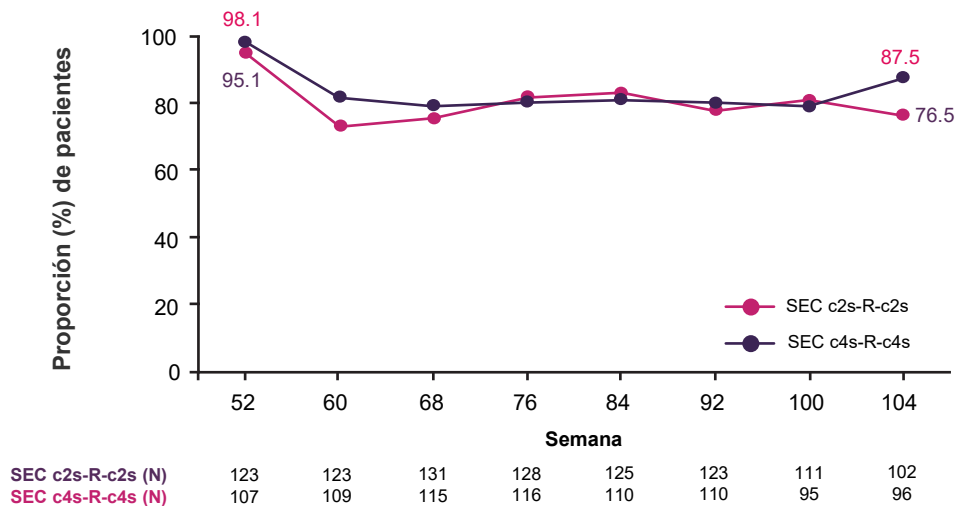
EFICACIA	Basal	Semana 16	Semana 24	Semana 36	Semana 48
HiSCR	-	58 % (80/137)	53,6 % (37/69)	70,2 % (33/47)	74.3 % (29/39)
Media IHS4 global	13,94 ± 8,54	9,3 ± 7,1	9,25 ± 6,78	9 ± 7,2	9,16 ± 7,22

HiSCR: Hidradenitis Suppurativa Clinical Response; IMC: Índice de masa corporal; IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System; SEC: Secukinumab

Ciudad, C et al. Long-term effectiveness and safety of secukinumab in patients with moderate to severe hidradenitis in real-world practice : a multicenter observational retrospective study. Abstract 3942 presentado en EADV Congress, 2024, Amsterdam

~ 9 de cada 10 pacientes respondedores a las 52 semanas mantuvieron la **respuesta HiSCR a los 2 años***¹

HiSCR a lo largo del tiempo en pacientes respondedores a la semana 52†



Porcentaje de pacientes que alcanzan HiSCR con Cosentyx® de forma continua entre las semanas 52 y 104.

Adaptada de Kimball AB, et al. Br J Dermatol. 2024

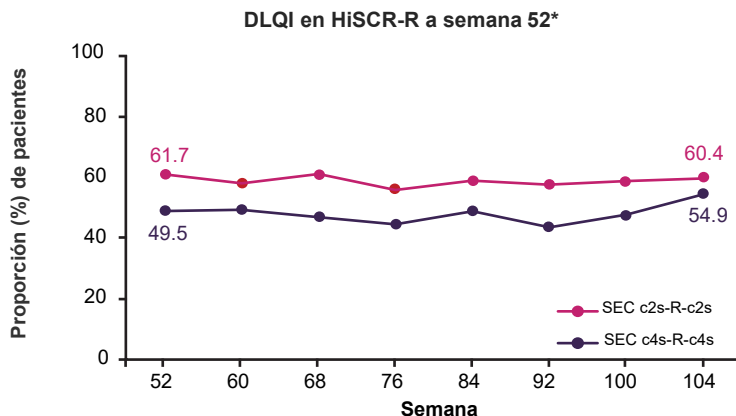
*Con la dosis cada 4 semanas. No se aplicaron pruebas estadísticas confirmatorias, ya que los análisis eran exploratorios. No se consiguió cumplir el **endpoint** primario del estudio.

†Se tuvieron en cuenta las visitas a lo largo de los periodos de retirada aleatorizada y de etiqueta abierta. Los respondedores a HiSCR en la semana 52 de los ensayos principales no equivalen al 100 % dada la diferencia en las definiciones entre la identificación de los respondedores HiSCR en la semana 52 y el cálculo de la respuesta HiSCR a lo largo del tiempo. c2s: cada 2 semanas; c4s: cada 4 semanas; HiSCR: respuesta clínica en hidradenitis supurativa; HS: hidradenitis supurativa; N: número de pacientes; R: respondedores HiSCR a la semana 52; SEC: secukinumab 300 mg.

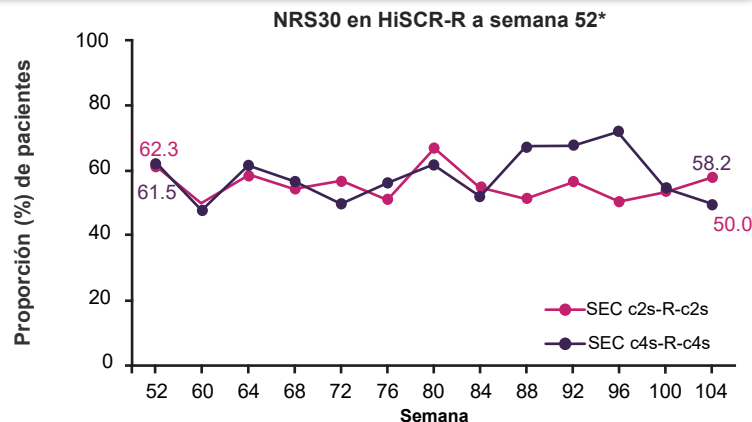
1. Kimball AB, et al. Br J Dermat. 2024; ljae469.

Mantenimiento en la respuesta DLQI y en la reducción del dolor hasta los 2 años

La respuesta DLQI alcanzada en >50 % de los pacientes al año de tratamiento se mantuvo hasta la semana 104[†].



La reducción del dolor alcanzada al primer año de tratamiento con Cosentyx® se mantuvo hasta los 2 años[†].



[†]Se tuvieron en cuenta las visitas en los periodos de retirada aleatoria y abierto. En el grupo Cosentyx® R-R-c4s se incluyó a los pacientes que pasaron a Cosentyx® R c2s al alcanzar el LOR. Los datos se presentan como datos observados. HiSCR hasta el año 2 fue un criterio de valoración exploratorio preespecificado. No pueden extraerse conclusiones clínicas o estadísticas. No se consiguió cumplir el *endpoint* primario del estudio. Para los análisis de respuesta al dolor cutáneo/NRS30, solo se incluyeron los pacientes con una NRS ≥3 al inicio de los ensayos principales.
c2s: cada 2 semanas; c4s: cada 4 semanas; DLQI: índice de calidad de vida en dermatología; HiSCR: respuesta clínica en hidradenitis supurativa; N: número de pacientes; NRS30: respuesta dolor cutáneo; R: respondedores HiSCR a semana 52; SEC: secukinumab 300 mg;;
1. Kimball AB, et al. Br J Dermatol. 2024; ljae469.

Comunidad de Madrid 2024

Factores predictores de respuesta a tratamiento con Cosentyx® en HS (mayor probabilidad de alcanzar HiSCR50)

- Tiempo de evolución de la enfermedad <5 años
- Antecedentes de cirugía
- Sexo femenino

Interrupción del tratamiento 27 % (n= 37/137)

Causas

- Efectos adversos: 5%(7)
- Fallo 1.º: 17,5 % (24)
- Fallo 2.º: 0,01% (2)
- Deseo gestacional: 0,7% (1)
- Pérdida de seguimiento: 2% (3)

Efectos adversos 16,7 % (n= 23/137):

- Dermatitis-eccema 4% (n= 6)
- Psoriasis paradójica 3,6% (n= 5)
- Candidiasis 2,2% (n= 3)
- Infección bacteriana 1,4 % (n= 2)
- Infección del tracto respiratorio superior 1,4% (n= 2)
- Infección del tracto urinario 0,7% (n= 1)
- Vasculitis 0,7 % (n= 1)
- Artralgias 0,7 % (n= 1)
- Reacción de hipersensibilidad 0,7 % (n= 1)
- Reacción en el lugar de inyección 0,7 % (n= 1)

HiSCR: hidradenitis Suppurativa Clinical Response; HS: hidradenitis suppurativa.

Ciudad, C et al. Long-term effectiveness and safety of secukinumab in patients with moderate to severe hidradenitis inreal-world practice : a multicenter observational retrospective study. Abstract 3942 presentado en EADV Congress, 2024, Amsterdam

Tips para abordar de forma global la enfermedad psoriásica

DISCUSIÓN

Tratamiento biológico: IL12/23

Ustekinumab no mostró una alteración significativa en el riesgo de MACE en la literatura (CP / Tópicos o fototerapia).

Tratamiento biológico: IL17

El grupo de IL-17 se asoció con un riesgo significativamente reducido de MACE, con **3.6 MACE menos por cada 1,000 PYs en comparación con MTX**.

Los datos experimentales sugieren que la IL-17 podría desempeñar un papel central en la relación entre la psoriasis y las enfermedades cardiovasculares.

Tratamiento biológico: IL23

Escasos datos en RWE



**JUAN JOSÉ LLUCH
GÁLCE RÁ**

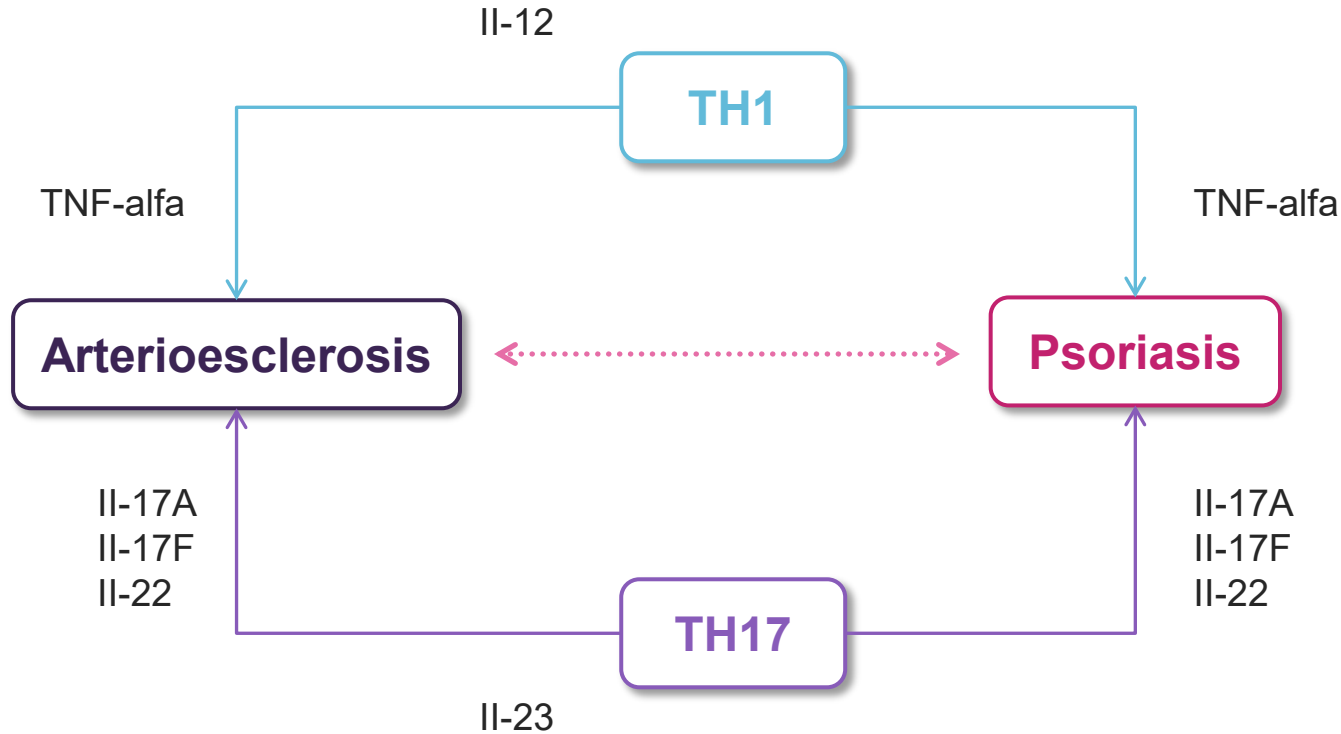
Seguridad
cardiovascular de
los tratamientos
sistémicos para
psoriasis: estudio
de cohortes a partir
del registro

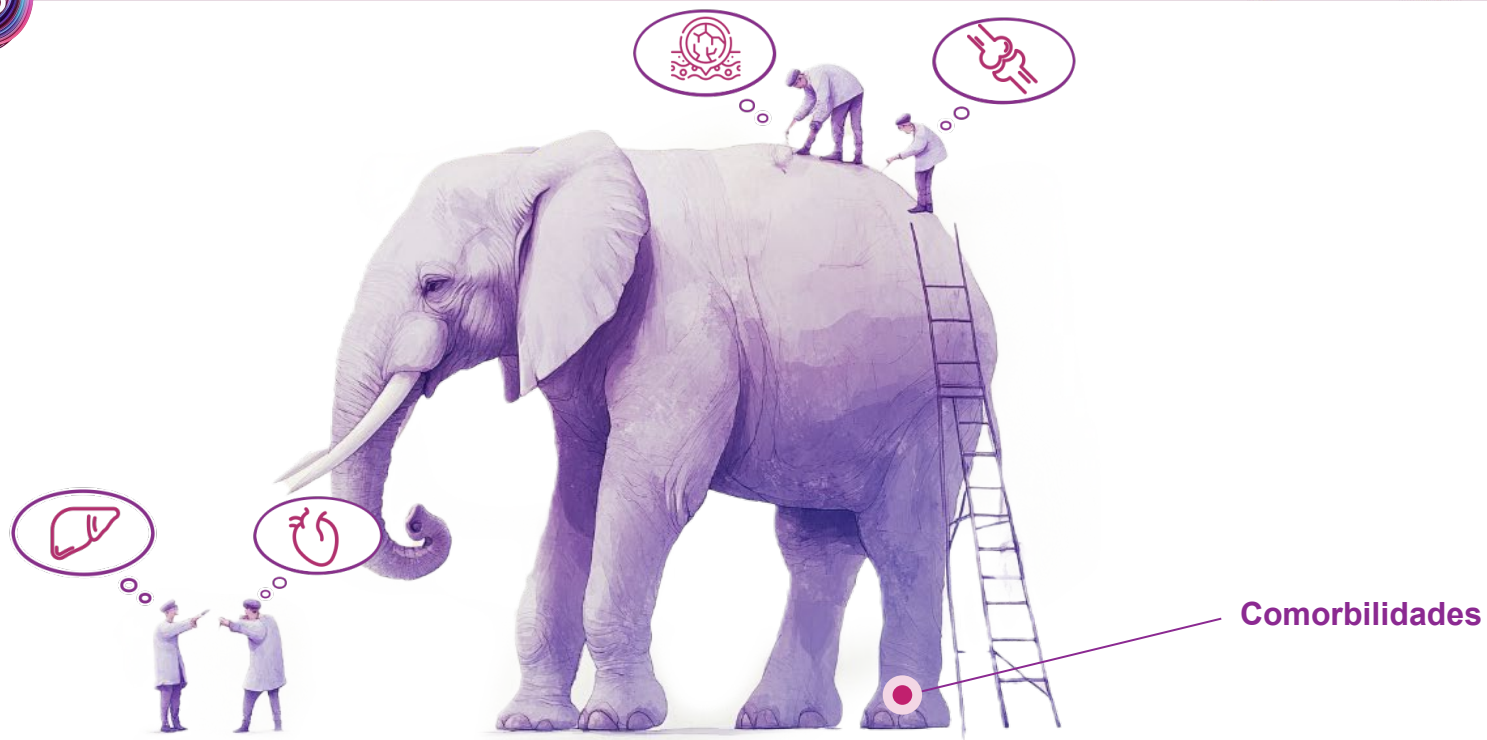
10^o
CONGRESO DE
PSORIASIS
MADRID, 17-18 ENERO 25



Comunicaciones Orales: 5ª Parte: comunicaciones orales 1
Moderadores: Marta García Bustinduy y Fernando Gallardo Hernández







Secukinumab demuestra un perfil de seguridad consistente en pacientes con psoriasis e hidradenitis supurativa: Análisis de seguridad agrupado actualizado de los ensayos clínicos

Raquel Rivera¹, John R Ingram², Ziad Reguia³, Weibin Bao⁴, Valeria Jordan Mondragon⁴, Mercedes Bustamante⁵, Mark Lebwohl⁶, Alice B Gottlieb⁵

Tabla 2. Resumen de los datos de seguridad de los ensayos clínicos de secukinumab (período completo de tratamiento)

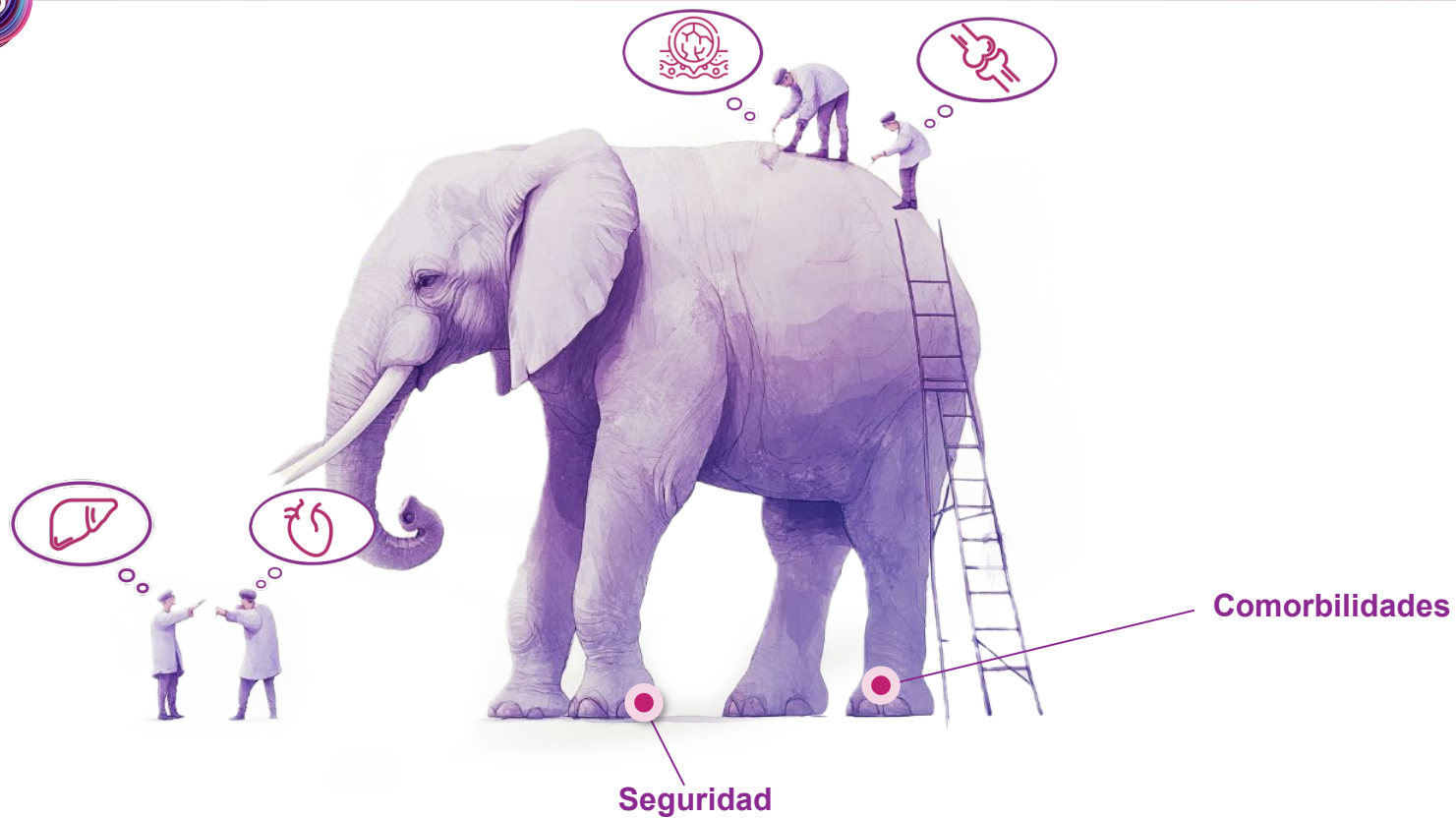
Variables	PsO Cualquier secukinumab N=12.782	HS Cualquier secukinumab N=1.060
Exposición (días), media (DE)	543,90 (508,96)	319,30 (90,54)
Exposición (días), mediana (mín.–máx.)	365,00 (1–2.471)	364,00 (3–520)
Paciente-años	19.032,7	926,5
Muerte, n (%)	19 (0,15)	2 (0,19)
EAIR/100 PYs (IC 95%)		
Cualquier EA	224,00 (219,73, 228,34)	284,33 (265,78, 303,83)
Cualquier EA grave	7,35 (6,96, 7,76)	9,17 (7,29, 11,38)
EA más frecuentes, TIAE (IC 95%)		
Nasofaringitis	22,23 (21,47, 23,01)	14,39 (11,95, 17,19)
Infecciones del tracto respiratorio superior	6,11 (5,75, 6,49)	6,28 (4,75, 8,16)
Cefalea	7,42 (7,02, 7,84)	19,71 (16,78, 23,00)
Artralgia	5,77 (5,42, 6,13)	4,75 (3,44, 6,40)
Diarrea	4,58 (4,27, 4,91)	8,41 (6,60, 10,56)
EA de especial interés, TIAE (IC 95%)		
Infecciones e infestaciones graves ¹	1,52 (1,35, 1,71)	3,84 (2,67, 5,34)
Infecciones oportunistas ²	0,18 (0,12, 0,25)	0,32 (0,07, 0,95)
Eventos relacionados con tuberculosis ³	0,04 (0,02, 0,08)	0,32 (0,07, 0,95)
Infecciones por <i>Candida</i> ⁴	2,93 (2,69, 3,19)	5,65 (4,21, 7,43)
Neutropenia ⁵	0,86 (0,73, 1,00)	0,98 (0,45, 1,86)
Reacciones en el lugar de la inyección ⁶	1,63 (1,45, 1,82)	2,19 (1,34, 3,39)
EII ⁷	0,22 (0,15, 0,29)	0,32 (0,07, 0,95)
EII	0,01 (0,00, 0,04)	0,11 (0,00, 0,60)
Enfermedad de Crohn	0,09 (0,05, 0,14)	0,11 (0,00, 0,60)
Colitis ulcerosa	0,12 (0,08, 0,18)	0,11 (0,00, 0,60)
MACE ⁸	0,40 (0,31, 0,50)	0,22 (0,03, 0,78)
Idea / comportamiento suicida ⁹		
Idea suicida	0,04 (0,02, 0,08)	0,22 (0,03, 0,78)
Intento de suicidio	0,03 (0,01, 0,07)	0,11 (0,00, 0,60)
Suicidio consumado	0,01 (0,00, 0,04)	0
Malignidad ¹⁰	0,84 (0,72, 0,98)	0,43 (0,12, 1,11)

Safety of Interleukin Inhibitors in Psoriatic Patients with Latent Tuberculosis Infection Without Chemoprophylaxis: A Systematic Review

Jiaying LI^{1,2}, Xin XIANG^{1,2}, Zhaoyang WANG^{1,2}, Chaoyang MIAO^{1,2}, Yunliu CHEN^{1,2}, and Zigang XU^{1,2*}

¹Department of Dermatology, Beijing Children's Hospital, Capital Medical University, National Center for Children's Health, Beijing, and ²Key Laboratory of Major Diseases in Children, Ministry of Education, Beijing, China





ORIGINAL PAPER



Are IL-17 inhibitors superior to IL-23 inhibitors in reducing systemic inflammation in moderate-to-severe plaque psoriasis? A retrospective cohort study

Neslihan Demirel Ögüt^{1,3} · Mehmet Anıl Ayanoğlu² · Sema Koç Yıldırım^{1,3} · Ece Erbağcı^{1,3} · Simge Ünal³ · Ece Gökyayla³

Table 2 Sociodemographic and clinical characteristics of the patients

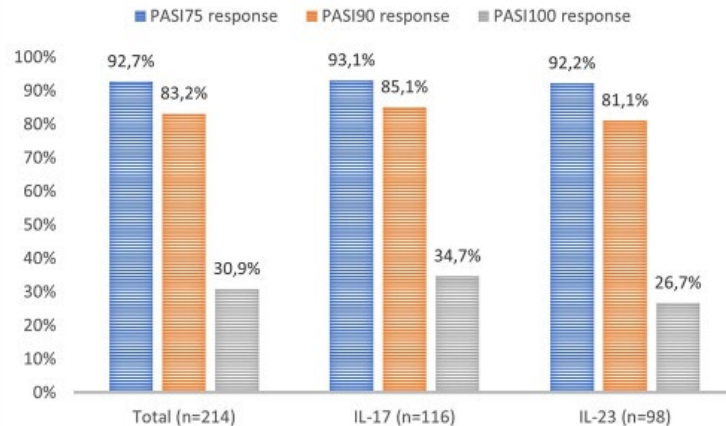
The sociodemographic and clinical characteristics	Total n=214	The IL-17 group n=116 (54.2%)	The IL-23 group n=98 (45.8%)
Sex, male, n (%)	125 (58.4%)	73 (62.9%)	52 (53.1%)
Age, mean±SD (min-max)	47.9±14 (18-82)	47.3±13.5	48.8±14.5
Age of the disease onset, mean±SD (min-max)	29±13.5 (2-70)	29.0±13.5	28.81±13.8
Concomitant PsA, n (%) *	55 (25.7%)	38 (32.8%)	17 (17.3%)
Baseline PASI, mean±SD **	15.0±7.5	16.6±8.2	13.1±6.3
Week 16 PASI, mean±SD	0.9±1.9	1±2.3	0.9±1.4
The change in PASI, mean±SD (%)	92.7±12.9	93.4±11.7	92±14.1
PASI75 response, n (%)	177 (92.7%)	94 (93.1%)	83 (92.2%)
PASI90 response, n (%)	159 (83.2%)	86 (85.1%)	73 (81.1%)
PASI100 response, n (%)	59 (30.9%)	35 (34.7%)	24 (26.7%)

PASI, psoriasis area and severity index; PsA, psoriatic arthritis; SD, standard deviation

*Pearson Chi-square test $p=0.01$, $X=6.608$

**Independent samples T test $p=0.001$, 95% CI (1.59, 5.67)

PASI75/90/100 respuesta al tratamiento en los pacientes con anti-IL-17 y anti-IL-23 en la semana 16



ORIGINAL PAPER



Are IL-17 inhibitors superior to IL-23 inhibitors in reducing systemic inflammation in moderate-to-severe plaque psoriasis? A retrospective cohort study

Neslihan Demirel Ögüt^{1,3} · Mehmet Anıl Ayanoğlu² · Sema Koç Yıldırım^{1,3} · Ece Erbağcı^{1,3} · Simge Ünal³ · Ece Gökyayla³

Table 4 The mean % decrease (Δ) in systemic inflammatory markers

	The IL-17 group (n=116)		The IL-23 group (n=98)		P value
Δ ESR, median (min, max)	0	(-1150, 82.3)	17.4	(-266.7, 100)	0.129
Δ CRP, median (min, max)	0	(-6642.9, 100)	-5.1	(-8100, 92.4)	0.148
Δ NLR, median (min, max)	10.07	(-254.6, 66.3)	-2.9	(-196.4, 60.4)	0.021*
Δ dNLR, median (min, max)	10.6	(-236.8, 61.5)	-2.1	(-129.2, 58)	0.009*
Δ PLR, median (min, max)	3.9	(-82.5, 59.3)	1.5	(-129.7, 50.7)	0.580
Δ MLR, median (min, max)	2.0	(-133, 58.9)	-0.2	(-222, 61.1)	0.603
Δ PMR, median (min, max)	5.5	(-139.9, 55.9)	4.1	(-55.3, 64.7)	0.962
Δ SI, median (min, max)	10.9	(-316.1, 79.1)	-1.3	(-148.7, 62.9)	0.012*
Δ SIRI, median (min, max)	12.0	(-268.6, 82.4)	2.2	(-248.7, 64.3)	0.028*
Δ AI, median (min, max)	15.3	(-332.4, 82.7)	4.0	(-219.1, 71.0)	0.021*

AI, aggregate index of systemic inflammation; CRP, C-reactive protein; ESR, erythrocyte sedimentation rate; NLR, neutrophil-to-lymphocyte ratio; d-NLR, derived neutrophil-to-lymphocyte ratio; PLR, platelet-to-lymphocyte ratio; MLR, monocyte-to-lymphocyte ratio; PMR, platelet-to-monocyte ratio; SI, systemic immune inflammation index; SIRI, systemic inflammation response index

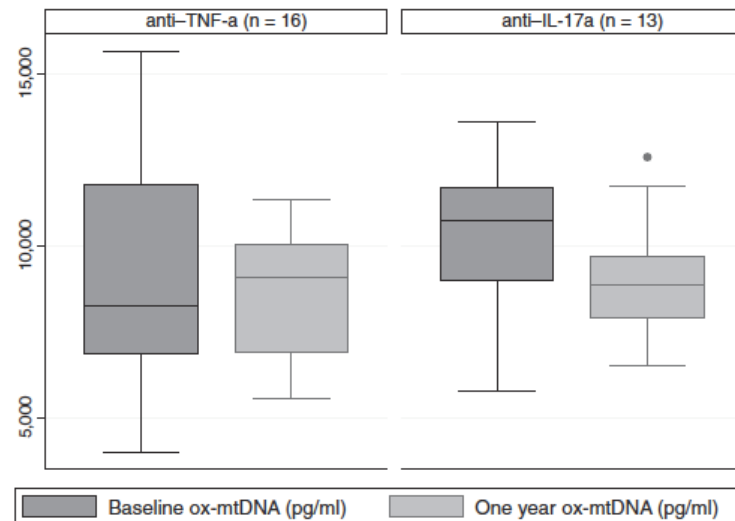
Δ denotes the mean percentage “decrease” from the baseline value (value at baseline-value at week 16) / (value at baseline) x 100

Negative values represent “increase” from the baseline value

*Significant p-values

Circulating Oxidized mtDNA is Associated Broadly with Cardiovascular Disease in a Longitudinal Cohort Study of Psoriasis

Sundus S. Lateef¹, Grace A. Ward², Haiou Li¹, Carla Pantoja¹, Elizabeth Florida¹, Christin G. Hong¹, Justin Rodante¹, Andrew Keel¹, Marcus Y. Chen¹, Alexander V. Sorokin¹, Martin P. Playford¹ and Nehal N. Mehta¹



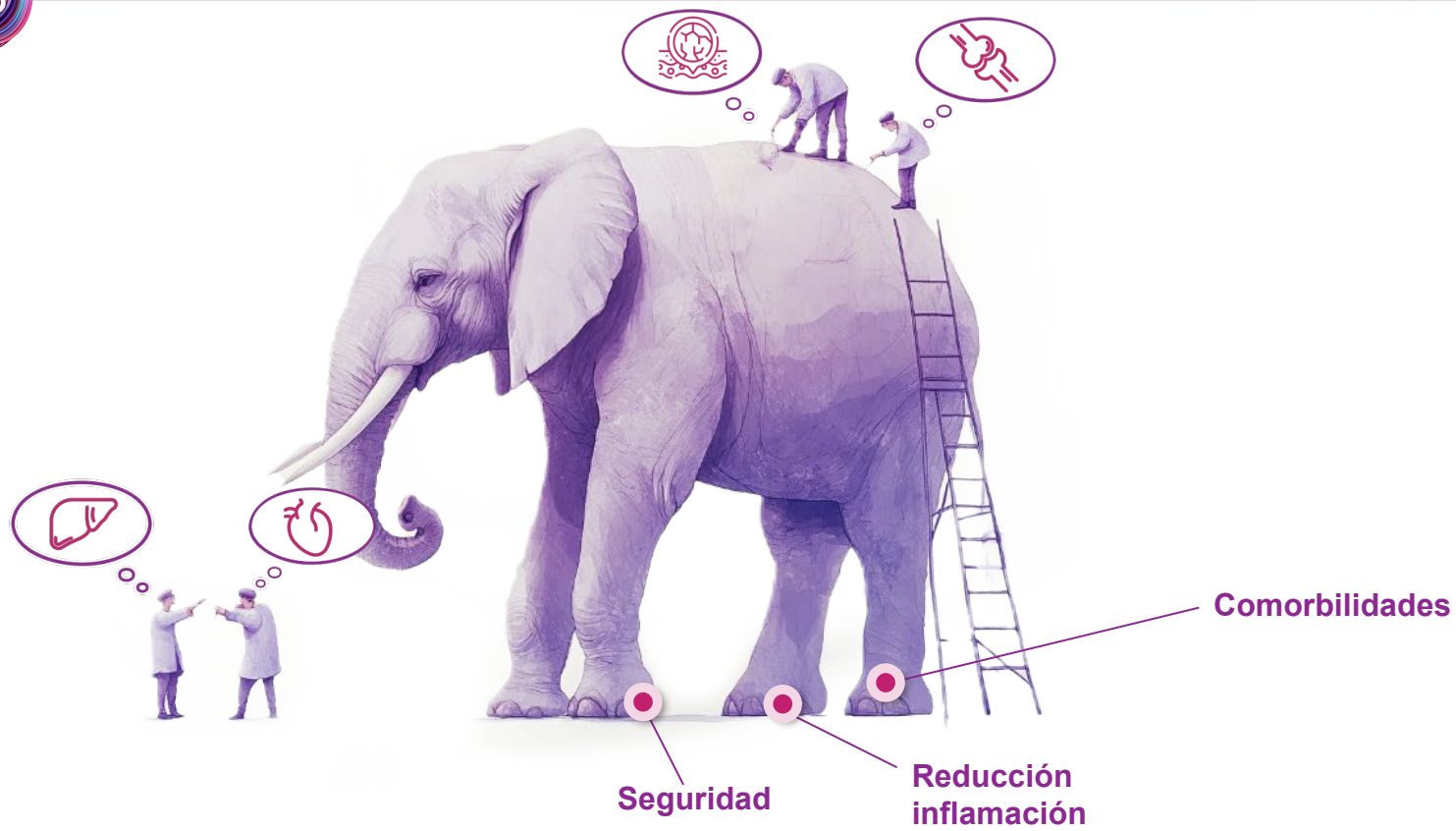


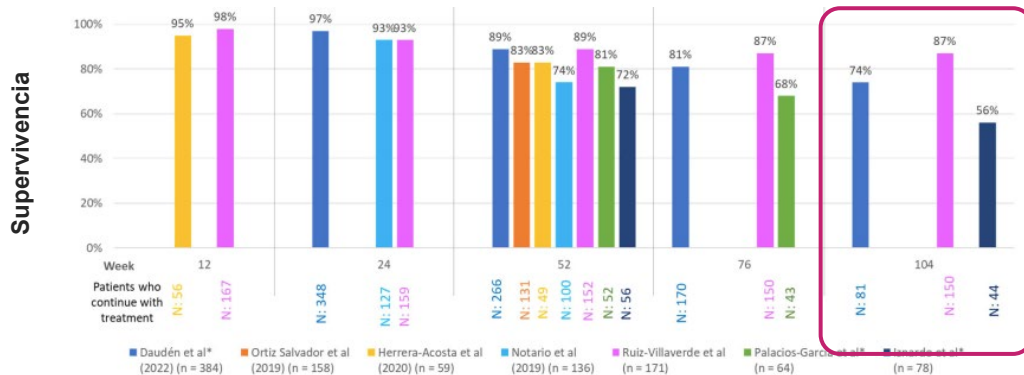
Figura propia del autor, sin publicar.

Review

Secukinumab for Treatment of Plaque Psoriasis in Real-World Clinical Practice in Spain: A Literature Review

Esteban Daudén ¹, José María Ortiz-Salvador ², Jaime Notario ³, Lluís Puig ⁴, Jorge Santos-Juanes ⁵, Enrique Herrera-Acosta ⁶, Lara Gómez-Labrador ⁷ and Ricardo Ruiz-Villaverde ^{8,*}

PASI<1 aprox 60% en semana 52

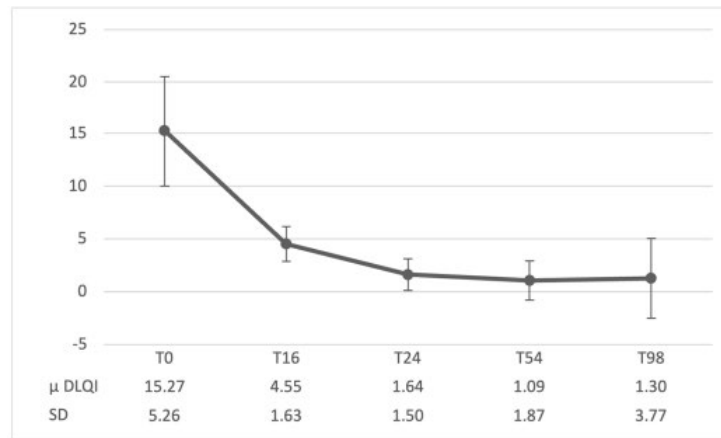
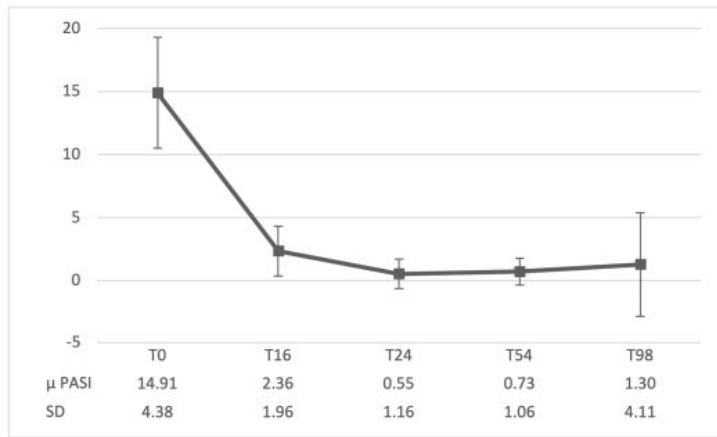


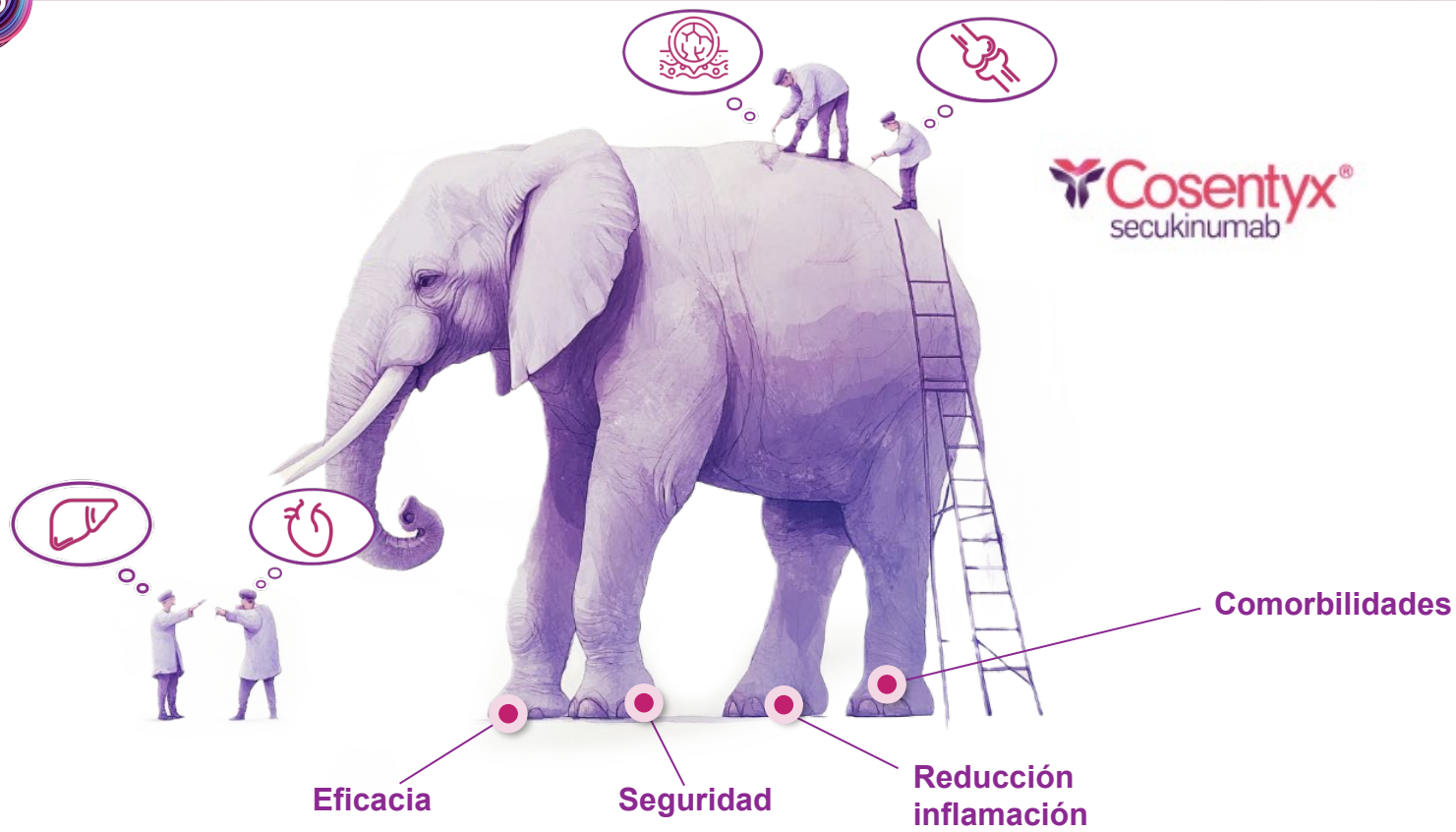
n= 1050

Article

Efficacy and Safety of Intra-Class Switching from Ixekizumab to Secukinumab in Patients with Plaque Psoriasis: A Multicenter Retrospective Study

Nicoletta Bernardini ^{1,*}, Annunziata Dattola ², Raimondo Rossi ², Gianluca Pagnanelli ³, Paolo Amerio ⁴, Laura Atzori ⁵, Cristina Mugheddu ⁵, Viviana Lora ⁶, Domenico Giordano ⁷, Lucia Finistauri Guacci ², Severino Persechino ⁷, Antonio Giovanni Richetta ², Nevena Skroza ¹ and Concetta Potenza ¹





TIPS para un abordaje sin límites

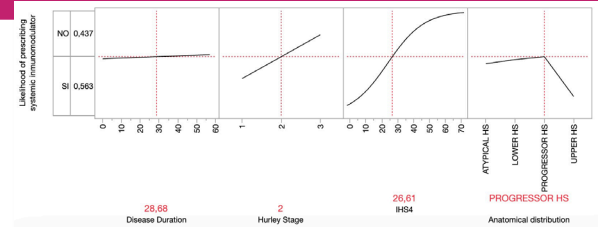
¿Cómo mejorar las expectativas de los tratamientos?

01 Identificación de pacientes progresores

- Diagnóstico precoz de enfermedad
 - Ventana de oportunidad
- Diagnóstico de fenotipo
 - Inflamatorio vs. folicular
- Velocidad de progresión
- Antecedentes familiares de HS
- Otros factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, otras comorbilidades

557 pacientes con HS. Clasificación anatómica

1. Superior: más leve, cirugía
2. Inferior: localización requiere tto. precoz
3. Atípica: heterogeneidad en abordaje terapéutico
4. Progresor: más grave, uso de biológicos



HS: hidradenitis suppurativa; tto.: tratamiento.

Muñoz Barba D, et al. Clinical and therapeutic implications of the anatomical distribution of hidradenitis suppurativa in 557 patients: upper, lower, atypical and progressor forms. Abstract 76 presentado en EHSF2025. Vilnius.

Tener claro que la enfermedad progresa (si no se trata)



Imágenes cedidas por la Dra. Ciudad del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

02 Enfoque terapéutico holístico

Tratamientos combinados

- Tratamiento médico
 - Control inflamación + control folicular + control biofilm + control hormonal
 - 50-60 % de los pacientes requieren tto. combinado
- Tratamiento quirúrgico: eliminar daño tisular irreversible
 - **Es necesario un control local para obtener un control sistémico**
- Tto. personalizado



03 Manejo multidisciplinar

Control de comorbilidades

Buscar aliados y justificar las alianzas

- **Cirujanos**
- **Psiquiatras**
- Endocrinos
- Reumatólogos
- Digestivos
- **Médico de Atención Primaria**
- Enfermería
- Enfermería



04 Nuevas expectativas en HS con anti-IL17

Eficacia

- Respuestas HiSCR75, 90 y 100
- Esperar 4-6 meses para ver respuesta
- Pacientes con menor tiempo de evolución y menor daño estructural, mejor respuesta y menor dosis de biológico
- Paciente respondedor, mantiene respuesta sostenida (datos 2 años)

Seguridad

- Anamnesis dirigida para descartar EII antes de prescribir
- Calprotectina fecal si nuevos síntomas gastrointestinales
- Monitorización de EA:
 - Infecciones candidiásicas más con anti-IL17A y F que con anti-IL17A
 - Reacciones paradójicas

05 Ser proactivo: adelantarse a la evolución de la enfermedad

- Instaurar tratamiento precoz si hay inflamación, **NO DUDAR**
- **Ser quirúrgicos:** múltiples opciones terapéuticas
 - *Deroofing*
 - Setones
 - Segunda intención
- **Control de comorbilidades**
 - Detección precoz de factores de riesgo cardiovascular
 - Modificación del estilo de vida
 - Terapias psicológicas de grupo, escuelas de pacientes





¡GRACIAS!



Ver la ficha técnica de Cosentyx® 150 mg y Cosentyx® 300 mg:



PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN

Con receta médica. Diagnóstico hospitalario. Reembolsado por el SNS, se limita su dispensación, sin necesidad de visado, a los pacientes no hospitalizados, en los Servicios de Farmacia de los Hospitales; por lo tanto, irá desprovisto de cupón precinto. PVLn Cosentyx 75 mg solución inyectable 1 jeringa precargada 0,5 ml 571,56 €. PVLn Cosentyx 150 mg solución inyectable 1 pluma precargada 1 ml 571,56 €. PVLn Cosentyx 150 mg solución inyectable 2 jeringas precargadas 1 ml 1.143,11 €. PVLn Cosentyx 150 mg solución inyectable 2 plumas precargadas 1 ml 1.143,11 €. PVLn Cosentyx 300 mg solución inyectable 1 pluma precargada 2 ml 1.143,11 €. La indicación Artritis Idiopática Juvenil no está financiada.