

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i1.10945>

Comparación de la calidad de vida entre los pacientes con psoriasis tratados con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) y metotrexato

Comparison of quality of life among patients with psoriasis treated with tumor necrosis factor (TNF) inhibitors and methotrexate.

Elisa Estefanía Aparicio Sánchez,¹ Mónica Díaz Fernández,² Claudia Ledesma De la Torre,² María de Lourdes Rodríguez Nieto,² Tatiana Ordóñez Rodríguez³

Resumen

OBJETIVO: Determinar si existe diferencia significativa entre el puntaje del Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI) de pacientes con diagnóstico de psoriasis tratados con etanercept, adalimumab y metotrexato.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, comparativo, descriptivo y transversal, efectuado del 1 de noviembre de 2022 al 1 de enero de 2023, en el que se comparó el puntaje de DLQI en pacientes de 18 años o más con diagnóstico de psoriasis en tratamiento con adalimumab, etanercept y metotrexato. La distribución de los datos y la comparación entre grupos se hizo con las pruebas de Shapiro-Wilk y U de Mann-Whitney. Un valor de p menor de 0.05 se consideró diferencia estadísticamente significativa.

RESULTADOS: Se tomó una muestra representativa de 34 pacientes que se distribuyeron en tres grupos principales según el tratamiento administrado: etanercept ($n = 7$), adalimumab ($n = 18$) y metotrexato ($n = 9$). El puntaje obtenido de DLQI en los tres grupos estudiados fue: etanercept (mediana = 3 puntos), adalimumab (mediana = 1 punto) y metotrexato (mediana = 3 puntos). Los resultados mostraron un puntaje de DLQI significativamente menor en los pacientes tratados con adalimumab en comparación con etanercept. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de metotrexato y ambos biológicos.

CONCLUSIONES: Entre fármacos biológicos, los pacientes tratados con adalimumab alcanzaron puntajes de DLQI más bajos; sin embargo, etanercept y adalimumab no demostraron ser superiores al metotrexato en la mejoría de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis; adalimumab; etanercept; calidad de vida; metotrexato.

Abstract

OBJECTIVE: To determine if there is a significant difference between the Dermatological Life Quality Index (DLQI) of patients with a diagnosis of psoriasis treated with etanercept, adalimumab and methotrexate.

MATERIALS AND METHODS: Observational, comparative, descriptive and cross-sectional study, performed from November 1st, 2022 to January 1st, 2023. The DLQI score was compared in patients older than 18 years of age with a diagnosis of psoriasis treated with adalimumab, etanercept, and methotrexate. Data distribution and comparison between groups were performed with the Shapiro-Wilk and Mann-Whitney U tests. A value of $p < 0.05$ was considered a statistically significant difference.

¹ Residente de cuarto año medicina interna, Departamento de Medicina Interna.

² Dermatóloga adscrita al Departamento de Dermatología.

³ Médico internista. Profesora titular de medicina interna, Departamento de Medicina Interna.
UMAE Hospital de Especialidades 14, Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines, IMSS, Veracruz, México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0004-3992-1787>

Recibido: enero 2025

Aceptado: septiembre 2025

Correspondencia

Elisa Estefanía Aparicio Sánchez
elisaaparicio2@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Aparicio-Sánchez EE, Díaz-Fernández M, Ledesma-De la Torre C, Rodríguez-Nieto ML, Ordóñez-Rodríguez T. Comparación de la calidad de vida entre los pacientes con psoriasis tratados con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) y metotrexato. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (1): 13-19.

RESULTS: A representative sample of 34 patients was taken and distributed into three main groups according to the treatment administered: etanercept ($n = 7$), adalimumab ($n = 18$), and methotrexate ($n = 9$). The DLQI score obtained in the three groups studied was: etanercept (median = 3 points), adalimumab (median = 1 point), and methotrexate (median = 3 points). The results showed a significantly lower DLQI score in patients treated with adalimumab compared to etanercept. No statistically significant differences were found between the scores of methotrexate and both biologicals.

CONCLUSIONS: Among biological drugs, patients treated with adalimumab achieve lower DLQI scores; however, etanercept and adalimumab did not prove to be superior to methotrexate in improving quality of life.

KEYWORDS: Psoriasis; Adalimumab; Etanercept; Quality of life; Methotrexate.

ANTECEDENTES

La psoriasis es una enfermedad de la piel que en 2017 fue definida por la Organización Mundial de la Salud como “enfermedad crónica, no comunicante, dolorosa, desfigurante e incapacitante para la que no hay cura, con gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes”. La prevalencia de esta enfermedad varía entre el 0.09 y el 11.4%, por lo que la psoriasis es un problema frecuente en todo el mundo.¹ El metotrexato sigue siendo el fármaco sistémico convencional más indicado para el tratamiento de pacientes con psoriasis moderada-severa; sin embargo, en los últimos años se han desarrollado nuevos medicamentos conocidos como biológicos que permiten el bloqueo de puntos específicos en la respuesta inmunológica responsable de la aparición de la enfermedad.² Entre los primeros anticuerpos monoclonales y proteínas de fusión aprobados para este tratamiento están los anti-TNF adalimumab y etanercept, que están entre los más indicados.³

La calidad de vida de los pacientes juega un papel importante para la toma de decisiones

terapéuticas. Ésta se mide a partir de un cuestionario de 10 preguntas llamado índice de calidad de vida dermatológica (DLQI), que evalúa varios aspectos de la vida del paciente y cuyo puntaje máximo es 30. Un puntaje mayor de 10 es una indicación para el inicio de tratamiento sistémico, incluidos los fármacos biológicos.^{4,5} El objetivo de este estudio fue evaluar de manera comparativa el puntaje de DLQI (índice de calidad de vida dermatológica) entre pacientes con psoriasis tratados con etanercept, adalimumab y metotrexato.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, efectuado del 1 de noviembre de 2022 al 1 de enero de 2023 en pacientes con psoriasis, atendidos en el servicio de Dermatología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades 14 Centro Médico Nacional Adolfo Ruiz Cortines. *Criterios de inclusión:* pacientes con diagnóstico de psoriasis, de 18 años o más, que recibieran tratamiento con adalimumab, etanercept o metotrexato. *Criterios de exclusión:* mujeres embarazadas, en lactancia

y pacientes con otras dermatosis concomitantes o que tuvieran otro diagnóstico dermatológico (dermatitis atópica, alopecia, etc.). Se solicitó a los pacientes el llenado del formulario de DLQI durante su asistencia a la cita de control. Se entrevistó a los pacientes captados en la consulta externa de dermatología del turno matutino y vespertino con diagnóstico de psoriasis severa que estuvieran en tratamiento con etanercept o adalimumab con la intención de calcular su índice de calidad de vida dermatológica. Un puntaje más alto se consideró un nivel mayor de afectación en la calidad de vida del paciente.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron como el número o porcentaje, mientras que las variables cuantitativas se representaron como la media (\pm desviación estándar) o la mediana (rango intercuartil). La distribución de los datos se analizó con la prueba de Shapiro-Wilk, histogramas y Q-Q plots. La comparación entre los grupos se hizo usando la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney. La asociación entre las variables se determinó con la prueba χ^2 o la exacta de Fisher, según los supuestos. Un valor de p menor de 0.05 se consideró una diferencia estadísticamente significativa. Los datos se analizaron con el programa SPSS v.25.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CLIS-3001) con el registro R-2023-3001-074 y se llevó a cabo con la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se tomó una muestra representativa de 34 pacientes, de los que 19 eran hombres (**Cuadro 1**). La edad de los pacientes fue de 52 ± 14.86 años, con límites de 20 y 75 años. Entre los datos recolectados se obtuvo la medición del índice de

masa corporal (IMC) como elemento significativo por su relación con la severidad de la enfermedad y la dificultad del control farmacológico relacionado con la obesidad y el sobrepeso; 4 pacientes tenían peso normal, 16 sobrepeso, 5 obesidad grado I, 7 obesidad grado II y 2 tenían obesidad grado III.

Los pacientes en el grupo estudiado mostraron distintas comorbilidades, algunos tenían más de una: hipertensión arterial sistémica (n = 10), diabetes tipo 2 (n = 8), dislipidemia (n = 4), hipotiroidismo (n = 3), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (n = 1), microadenoma hipofisiario (n = 1), artritis psoriásica (n = 1), glaucoma (n = 1), trisomía 21 (n = 1), enfermedad hepática crónica (n = 1), artritis reumatoide (n = 1), vitíligo (n = 1), epilepsia (n = 1); 13 pacientes no tenían ninguna comorbilidad. **Cuadro 2**

Asimismo, también se indagó acerca del tipo de manifestación clínica predominante en los pacientes estudiados; se observó que 27 de 34 pacientes cursaron con psoriasis vulgar; el resto se dividió entre la psoriasis en gotas (n = 3), invertida (n = 2), ungueal (n = 1) y eritrodérmica (n = 1).

Los 34 pacientes se distribuyeron en 3 grupos principales según el tratamiento administrado. Estos tres tratamientos fueron: etanercept (n = 7 pacientes), adalimumab (n = 18) y metrotexato (n = 9).

La duración del tratamiento actual también se incluyó. Los resultados demostraron un predominio de tiempo de uso menor a seis meses en 19 de 34 pacientes; seguidos de los pacientes con tratamiento mayor a tres años y entre 6 meses y 1 año (n = 5); por último, entre 1 y 3 años con 4 pacientes. En un paciente el tiempo de tratamiento se desconocía.

Se hizo prueba de normalidad Shapiro-Wilk que determinó una muestra no paramétrica,

Cuadro 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes estudiados

	Total n = 34	Tratamiento		
		Adalimumab n = 18	Etanercept n = 7	Metotrexato n = 9
Sexo				
Masculino	19	10	4	5
Femenino	15	8	3	4
Edad (años)				
18-35	5	2	0	3
36-50	11	7	2	2
51-70	14	7	4	3
Más de 70	4	2	1	1
Manifestación clínica				
Vulgar	27	14	7	6
En gotas	3	3	0	0
Invertida	2	1	0	1
Eritrodérmica	1	0	0	1
Ungueal	1	0	0	1
Tiempo de tratamiento				
Menos de 4 meses	6	3	1	2
5 meses-1 año	17	11	4	2
1-2 años	5	1	2	2
2-3 años	3	3	0	0
Más de 3 años	2	0	0	2
Se desconoce	1	0	0	1

por lo que se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de medianas (Me) del puntaje obtenido de DLQI en los tres grupos estudiados: etanercept (Me = 3 puntos), adalimumab (Me = 1 punto) y metotrexato (Me = 3 puntos). Al comparar entre los grupos de tratamiento se observó una diferencia no significativa entre las medianas de etanercept y metotrexato ($p = 0.837$), así como de adalimumab contra metotrexato ($p = 0.067$). La única diferencia significativa se observó entre los grupos de adalimumab y etanercept con un valor de $p = 0.047$; se logró un puntaje más bajo con adalimumab. **Figura 1**

DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad multifactorial generada por una respuesta inmunológica con predominio de la actividad linfocítica Th1, Th17 y Th22, lo que conlleva la liberación de múltiples citocinas en la piel (TNF- α).⁶ La manifestación vulgar o en placas es la más frecuente en todo el mundo; se reporta, incluso, en un 80-90% de los pacientes estudiados.⁷ Este estudio corroboró lo anterior porque la manifestación clínica de psoriasis vulgar representó un 80% de la muestra. El resto de las formas clínicas varió en frecuencia; la manifestación en gotas se observó en un 8%,

Cuadro 2. Identificación de las comorbilidades de los pacientes incluidos en el estudio (n = 34)

Comorbilidad	n
Hipertensión arterial sistémica	10
Diabetes tipo 2	8
Dislipidemia	4
Hipotiroidismo	3
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Microadenoma hipofisiario	1
Artritis psoriásica	1
Glaucoma	1
Trisomía 21	1
Enfermedad hepática crónica	1
Artritis reumatoide	1
Vitílico	1
Epilepsia	1
Ninguna	13

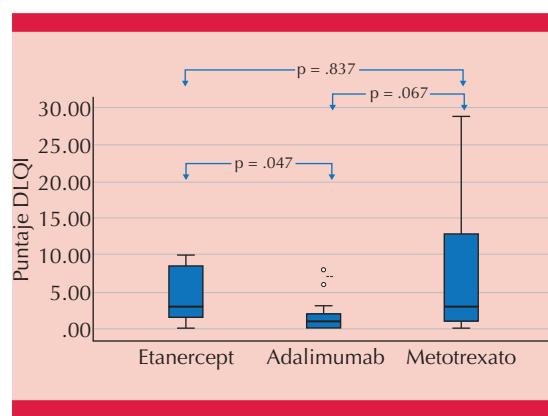


Figura 1. Comparativa del puntaje de DLQI en pacientes tratados con adalimumab, etanercept y metotrexato. Diagrama de cajas y bigotes. Los intervalos de flechas señalan los resultados de p de los fármacos comparados. Un valor de p < 0.05 se consideró una diferencia estadísticamente significativa.

la invertida en un 6% y las menos frecuentes fueron la forma eritrodérmica y ungueal en un 3%.

En este estudio se observó una distribución con predominio del sexo masculino (56%). En todo

el mundo la prevalencia por sexo varía según la ubicación geográfica. En Taiwán, Estados Unidos, Reino Unido, Noruega, España y Escocia no se observó una diferencia significativa entre sexos.⁸ En un estudio mexicano efectuado en 2020 se observó un predominio del sexo masculino en un 53.1%, cifra muy cercana a la observada en este estudio.⁹

El grupo de edad prevalente en pacientes con psoriasis se sitúa entre el segundo y cuarto decenio de la vida. La población estudiada se encontró en un intervalo de 20 a los 75 años con media de 52 ± 14.86 años. Un resultado similar se reportó en el estudio de Fernández-Armenteros y colaboradores, en el que se incluyeron 6868 pacientes con psoriasis, cuyo promedio de edad fue de 52.08 años.¹⁰

La hipertensión arterial se ha descrito como una de las comorbilidades más frecuentes en pacientes con psoriasis, relacionado con el aumento en la actividad de la enzima convertidora de angiotensina tisular y de la renina plasmática.¹¹ Entre las principales comorbilidades observadas en este estudio destacó la hipertensión arterial sistémica (22%), lo que coincide con otros estudios mexicanos, como el de Chanussot y su grupo, en el que la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial en un 33.9% de los pacientes estudiados, el síndrome metabólico (25.4%) y la diabetes mellitus tipo 2 (26.9%) que en este estudio representó un 18% de los pacientes.¹² La actividad inmunológica aumentada de células T autorreactivas en pacientes con psoriasis se relaciona con la coexistencia de enfermedades autoinmunitarias: vitílico, alopecia y tiroiditis. En algunos estudios se observa un porcentaje de 5.8% de pacientes con vitílico. En este estudio un 2% de los pacientes tenía esta enfermedad; incluso, un 10% de los pacientes tiene comorbilidades de componente autoinmunitario.¹³

En este estudio se observó mayor cantidad de participantes en el grupo de pacientes tratados

con adalimumab, seguido por el de metotrexato y etanercept. La información respecto de la preferencia por la indicación de algún fármaco es escasa; sin embargo, en algunos centros estadounidenses se ha observado mayor frecuencia de la administración de etanercept, como lo observado en el estudio de Takeshita y colaboradores, en el que el 10% de los pacientes recibía tratamiento con terapia biológica, de los que al 44.4% se administraba etanercept y al 34.2% adalimumab.¹⁴

La comparativa entre los puntajes de DLQI observados en este estudio sugiere mayor repercusión en la calidad de vida en los pacientes tratados con adalimumab cuando se compara con el puntaje de los pacientes tratados con etanercept. Los resultados de este estudio muestran una mediana de DLQI con adalimumab de 1 punto (sin efecto en la calidad de vida) [IQR 2.25] y 3 puntos (efecto leve en la calidad de vida) [IQR 9] con etanercept. Las medianas de ambos grupos fueron muy similares a lo observado en un estudio de cohorte retrospectivo, publicado en 2017, en el que se obtuvieron medianas de puntajes de DLQI después del tratamiento durante seis meses con ambas terapias biológicas de 1 punto [IQR 0-2] en el grupo tratado con adalimumab y de 2 puntos [IQR 0-1] en los pacientes tratados con etanercept.¹⁵

Se encontró una diferencia no significativa entre las medianas arrojadas para ambas terapias biológicas con las obtenidas con metotrexato. Este resultado se ha observado en otros estudios, como el de Alabas y su grupo, en el que se incluyó una muestra de 6575 pacientes, de los que el 40.4% recibía metotrexato y el 59.5% adalimumab; se registró una mediana en el puntaje de DLQI de 16 [12-21] para metotrexato y de 16 [9-23] para adalimumab. Si bien la mediana de los puntajes fue mayor que en este estudio, la diferencia entre ambos grupos sigue siendo no significativa.¹⁶ Por último, estos resultados orientan a seguir considerando el tratamiento

con metotrexato una muy buena opción en pacientes cuya principal afección es el deterioro en la calidad de vida, tomando en cuenta su bajo costo y disponibilidad. Asimismo, los resultados orientan a inclinarnos hacia la elección de adalimumab sobre etanercept cuando se busca la mejoría de la calidad de vida. Hacen falta más estudios que permitan corroborar los resultados obtenidos.

Las limitantes del estudio incluyen el tamaño de la muestra debido a la escasa población en seguimiento por el sistema referencial hospitalario y el tiempo de uso de los fármacos biológicos con particular atención al grupo de pacientes tratados con adalimumab, fármaco que requiere, en promedio, 16 semanas para alcanzar un PASI 75.

CONCLUSIONES

Existen distintas opciones terapéuticas que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis. Los medicamentos biológicos han sido un método terapéutico útil que se han desarrollado en los últimos años y han permitido un mejor control en la extensión y severidad de la enfermedad en pacientes con psoriasis moderada-severa. Cuando el puntaje elevado de DLQI es la principal causa para el inicio de la terapia biológica podemos considerar la administración de adalimumab como una buena opción, sobre todo en las instituciones en las que sólo se disponga de anti-TNF. En este mismo contexto clínico el metotrexato demostró ser una buena opción terapéutica que puede lograr puntajes muy similares a los obtenidos con la terapia biológica; siempre debe considerarse su uso racional, los efectos secundarios y una posología adecuada. Aún se requieren más estudios con poblaciones de mayor tamaño que permitan corroborar los datos observados. Existe un amplio campo de estudio en esta materia para ser explorado que requiere el esfuerzo y trabajo conjunto de la comunidad médica e instituciones de salud.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global report on psoriasis. World Health Organization; 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>
2. Carrascosa JM, de la Cueva P, Ara M, et al. Metotrexato en psoriasis moderada-grave: revisión de la literatura y recomendaciones de experto. *Actas Dermosifiliogr* 2016; 107 (3): 194-206. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.10.005>
3. Puig L, López-Ferrer A, Laiz A. Etanercept en el tratamiento de la artritis psoriásica. *Actas Dermosifiliogr* 2015; 106 (4): 252-9. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.09.004>
4. Menter A, Gelfand JM, Connor C, et al. Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol* 2020; 18 (6): 1445-1486.
5. Elmets CA, Korman NJ, Prater EF, et al. Joint AAD–NPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol* 2021; 84 (2): 432-70. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.07.087>
6. Zhou X, Chen Y, Cui L, et al. Advances in the pathogenesis of psoriasis: from keratinocyte perspective. *Cell Death Dis* 2022; 13 (1): 81. <https://doi.org/10.1038/s41419-022-04523-3>
7. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009; 361 (5): 496-509. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0804595>
8. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133 (2): 377-85. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>
9. Fonseca AA, Fernández-Gárate JE, Baca-Ruiz V, et al. Epidemiology of psoriasis: Comorbidities frequency and healthcare services: A descriptive study of 122,189 patients in Mexico. *Clin Dermatol Res J* 2020; 2020.
10. Fernández-Armenteros JM, Gómez-Arbonés X, Buti-Solé M, et al. Epidemiology of psoriasis. A population-based study. *Actas Dermosifiliogr* 2019; 110 (5): 385-92. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.10.015>
11. Huskić J, Alendar F. Tissue angiotensin-converting enzyme in patients with various clinical forms of psoriasis. *Bosn J Basic Med Sci* 2007; 7 (2): 103-6. <https://doi.org/10.17305/bjbm.2007.3061>
12. Chanussoot C, Arenas R. Psoriasis. Estudio descriptivo y comorbilidades en 114 pacientes. *Dermatología CMQ* 2015; 13 (1): 20-23.
13. Furue K, Ito T, Tsuji G, et al. Autoimmunity and autoimmune comorbidities in psoriasis. *Immunology* 2018; 154 (1): 21-7. <https://doi.org/10.1111/imm.12891>
14. Takeshita J, Gelfand JM, Li P, et al. Psoriasis in the US Medicare population: Prevalence, treatment, and factors associated with biologic use. *J Inv Dermatol* 2015; 135 (12): 2955-63. <https://doi.org/10.1038/jid.2015.296>
15. Iskandar IK, Ashcroft DM, Warren RB, et al. Comparative effectiveness of biological therapies on improvements in quality of life in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2017; 177 (5): 1410-21. <https://doi.org/10.1111/bjd.15531>
16. Alabas OA, Mason KJ, Yiu ZZN, et al. Effectiveness and survival of methotrexate versus adalimumab in patients with moderate-to-severe psoriasis: a cohort study from the British Association of Dermatologists Biologics and Immunomodulators Register (BADBIR). *Br J Dermatol* 2023; 189 (3): 271-8. <https://doi.org/10.1093/bjd/ljad179>

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando sólo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.