

2018

EVIDENCIA vs. EXPERIENCIA

Adalimumab en psoriasis

3. Psoriasis y artritis psoriásica



COORDINADORA:

DRA. CATALINA RINCÓN PÉREZ

AUTOR:

DR. JULIO CÉSAR CASASOLA VARGAS



abbvie



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

Aut: 31/07/18

FP: 05006218-B

Material exclusivo para profesionales de la salud

tólogo para el manejo del paciente, ya que tomando en cuenta la afección a la piel de este paciente, pudo haberse beneficiado del manejo conjunto desde el inicio ya que la psoriasis ameritaba terapia biológica.

La dosis administrada al paciente con psoriasis es distinta a la que se administra en un paciente con artritis psoriásica que no tiene importantes manifestaciones en piel, de ahí la im-

portancia de hacer el ajuste de dosis dependiendo de la patología predominante.

Si la psoriasis amerita tratamiento biológico el dermatólogo debe comenzar el tratamiento e interconsultar con un reumatólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salvarani C, Pipitone N, Catanoso M, Chiarolanza I, Boiardi L, Caruso A, Pazzola G, et al. Adalimumab in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2012;89:77-81.

Fascículo 3: Psoriasis y artritis

EVIDENCIA vs. EXPERIENCIA

Adalimumab en psoriasis

3. Psoriasis y artritis psoriásica

La psoriasis es una enfermedad crónica, sistémica, inflamatoria y autoinmune. Su principal forma clínica, conocida como psoriasis vulgar, se manifiesta en placas de lesiones en la piel. Se desconocen la incidencia y la prevalencia exactas en nuestro país, pero se cree que afecta al 2% de la población.

Psoriasis y artritis psoriásica

3

Caso Clínico

14

Dr. Julio César Casasola Vargas y Dr. Carlos Andrés Prado Anaya



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

Coordinadora

Catalina Rincón Pérez

Servicio de Dermatología, Unidad de Especialidades Médicas, Secretaría de la Defensa Nacional, Ciudad de México, México.

La doctora Catalina Rincón es médica egresada de la Escuela Médico Militar, especialista en Dermatología por la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, México; máster en Dermatología Avanzada por la Universidad Autónoma de Barcelona (realizado en el Hospital de Sant Pau), máster en Inmunología por la Universidad de Barcelona, realizado en el Instituto de Investigación Biomédica, y doctora en Medicina por la misma universidad en Barcelona, España. Actualmente es jefa del Departamento de Investigación de la Unidad de Especialidades Médicas de la SEDENA, responsable de la Clínica de Psoriasis, Dermatitis Atópica y Linfomas Cutáneos en el Servicio de Dermatología de la misma unidad, así como profesora de posgrado y pregrado de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana.

Autor

Julio César Casasola Vargas

Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

El Doctor Casasola es médico egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde cursó la maestría en Ciencias Médicas. Es especialista en Medicina Interna y Reumatología y actualmente labora como profesor de asignatura de Reumatología en la carrera de Médico Cirujano en la Universidad Anáhuac y de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es miembro de Colegio Mexicano De Reumatología, del comité editorial de la revista Reumatología Clínica y del Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA).

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios y/o hallazgos propios y conclusiones de los autores, quienes son responsables de las afirmaciones. En esta publicación podrían citarse pautas posológicas distintas a las aprobadas en la Información Para Prescribir (IPP) correspondiente. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de los productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con las aprobadas por las Autoridades Sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta. El editor, el patrocinador y el distribuidor de la obra, recomiendan siempre la utilización de los productos de acuerdo con la IPP aprobada por las Autoridades Sanitarias.



PERMANYER
www.permanyer.com

© 2018 Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

© 2018 Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

Edición impresa en México

ISBN de colección: 978-84-96762-23-7

ISBN: 978-84-17221-64-5

Ref.: 4502AX183

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores lleven a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

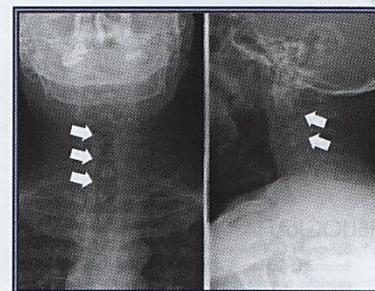


Figura 3. Radiografía AP y lateral de columna cervical, en las que se aprecia fusión total de los cuerpos vertebrales.

Se diagnosticó artritis psoriásica (APs) con afección de predominio axial y compromiso de articulaciones periféricas. Se continuó tratamiento con metotrexato 15 mg/semana vía oral, ácido fólico 10 mg semana vía oral y diclofenaco 100 mg/12 h por dolor/inflamación. Los estudios radiográficos mostraron fusión de los cuerpos vertebrales cervicales (Fig. 3).

Evolución

En agosto de 2017 no se encontraron articulaciones dolorosas o inflamadas, aunque persiste actividad cutánea con compromiso del 90% de la superficie corporal total. *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) de 4.4 y el *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI) de 5.29, que reflejan cierto grado de limitación funcional y discapacidad como resultado de la afección del esqueleto axial y psoriasis severa.

En octubre de 2017 el paciente persistía con la misma extensión de las lesiones cutáneas en 90%. *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), 16.2;

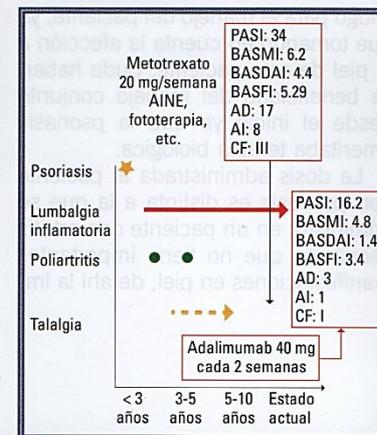


Figura 4. Evolución de la enfermedad y tratamiento con FARME y terapia biológica.

BASMI, 4.8; BASDAI, 1.4, y BASFI, 3.4, y aún sin datos de artritis, entesitis o dactilitis. El plan terapéutico consistió en incremento gradual de la dosis de metotrexato hasta 20 mg/semana por vía oral, ácido fólico 10 mg/semana y antiinflamatorios no esteroideos de acuerdo con requerimiento. Se consideró el inicio de terapia biológica después de escrutinio negativo para tuberculosis pulmonar. Se inició adalimumab en dosis de APs: 40 mg subcutáneo cada dos semanas, con evolución clínica favorable (Fig. 4).

CONCLUSIÓN

Se informa de un caso de APs con afección cutánea importante con compromiso axial y periférico que tuvo falla a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y una buena respuesta a terapia con adalimumab. Este caso ilustra la necesidad del involucramiento del reumatólogo y del derma-

Caso clínico

Julio César Casasola Vargas
Carlos Andrés Prado Anaya

Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 58 años, mexicano, comerciante, sin historia familiar de psoriasis, antecedente de tabaquismo por 10 años (2 cigarrillos/día) y consumo de alcohol semanal (desde los 18 años).

En 1985 presentó dermatosis diseminada con placas eritematoescamosas y pruriginosas, y fue diagnosticado con psoriasis vulgar en un centro dermatológico; recibió tratamiento tópico con alquitrán de hulla durante 10 años, evolucionando con disminución en la extensión de las lesiones cutáneas.

En 1998 presenta gonartralgias acompañado de rigidez articular matutina de 30 min.

En 2002 presenta artritis de las muñecas, la rodilla derecha, metatarsfalángeas e interfalángeas proximales y distales de ambos pies con rigidez articular matutina superior a 1 hora. Se clasificó como clase funcional IV (Limitado en todas sus actividades, dependiente- según los criterios de Steinbrocker); y talalgia bilateral.

Fue valorado por un médico reumatólogo, quien prescribió metotrexato 10 mg/semana por vía oral, ácido fólico 10 mg/semana y diclofenaco 100 mg en pruebas de dolor/inflamación. El paciente evolucionó con mejoría de



Figuras 1 y 2. Dermatosis eritematoescamosa diseminada a cabeza, tronco y extremidades superiores, con afección del 70% de área total corporal total previo al tratamiento con adalimumab.

las artralgias y sin extensión de las lesiones cutáneas. Presentó dolor lumbar inflamatorio.

En 2012 se incrementó la dosis de metotrexato a 12.5 mg/semana. Acudió a consulta en 2013 con un índice masa corporal (IMC) de 27 kg/m². A la exploración física (Figs. 1 y 2) se detectó: *Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index* (BASMI) de 6.2, medida que refleja limitación del movimiento articular. No presentó articulaciones dolorosas ni inflamadas o limitadas, ni entesitis ni dactilitis. La biometría hemática, glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos y pruebas de función hepática fueron normales.

Fascículo 3: Psoriasis y artritis psoriásica

Dr. Julio Cesar Casasola Vargas

Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

DEFINICIÓN

La psoriasis es una enfermedad sistémica, inflamatoria, crónica, de origen multifactorial y con componente genético, inmunológico, infeccioso y ambiental. Clínicamente se caracteriza por la presencia de placas de eritema con escama, siendo ésta su principal forma clínica, conocida como psoriasis vulgar o en placas. Se desconocen la incidencia y la prevalencia exactas en nuestro país, pero se cree que afecta al 2% de la población.

Sus comorbilidades son varias, algunas ya descritas previamente.

El objetivo de este fascículo es profundizar sobre la artritis psoriásica (APs), ya que su prevalencia en la población con psoriasis es mucho mayor que en la población general, oscilando entre el 6 y el 41%. Además, se ha observado que la incidencia acumulada de la APs en pacientes con psoriasis aumenta con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la psoriasis, siendo del 1.7, 3.1 y 5.1% después de 5, 10 y 20 años del diagnóstico, respectivamente¹. En algunos estudios se ha descrito que el 85% de los pacientes con APs llevaban años de seguimiento de la psoriasis por el dermatólogo sin diagnóstico para APs, mientras que en otro estudio el 41% de los pacientes con APs

habían sido infradiagnosticados². Dermatólogos y reumatólogos atribuyen este infradiagnóstico a la omisión de la conexión entre síntomas cutáneos y articulares³. Debido a esta oportunidad diagnóstica para el dermatólogo y reumatólogo, el trabajo en conjunto se vuelve una prioridad. El dermatólogo debe realizar el escrutinio y referir a los pacientes con sospecha diagnóstica al reumatólogo, para que éste confirme el diagnóstico y puedan ser manejados de forma multidisciplinaria en favor del paciente.

La APs es una espondiloartropatía seronegativa que se caracteriza por la inflamación crónica de los tendones, ligamentos, sitios de entesis y la piel, con un fuerte impacto sobre la capacidad funcional y la calidad de vida. Además, puede coexistir con otras comorbilidades de la psoriasis, como enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico, depresión y ansiedad, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa o uveítis⁴.

Etiopatogenia

Se desconoce la etiología exacta de la APs, aunque se sabe que están implicados múltiples alelos relacionados con el antígeno leucocitario humano (HLA), como HLA-B27, HLA-B38 y HLA-B39, y que existe una asociación

genética entre variantes del receptor de interleucina (IL) 23 y la subunidad IL-23p40 y la enfermedad¹. En el líquido sinovial de las articulaciones afectadas se han encontrado niveles elevados de linfocitos T y citocinas como el factor de necrosis tumoral α (TNF- α), interferón γ y varias IL (como IL-1B, IL-17, IL-22 e IL-12/IL-23). Estas citocinas producen inflamación de las articulaciones, así como la activación de osteoblastos y osteoclastos que contribuyen al daño articular al promover una remodelación ósea alterada. En la APs tiene lugar la formación y reabsorción ósea de forma simultánea debido a una desregulación del equilibrio entre osteoblastos y osteoclastos, que en los casos más graves puede dar como resultado la deformación de las articulaciones¹.

Epidemiología

La APs se puede desarrollar a cualquier edad, aunque en la mayoría de casos aparece entre los 30 y 50 años, y afecta a mujeres y hombres con similar frecuencia. La prevalencia de la APs se estima entre el 0.1 y 0.2% de la población mundial. En EE.UU. oscila entre el 0.06 y 0.25%, y en Europa entre el 0.05% de Turquía y el 0.21% de Suecia. Las menores prevalencias se han registrado en Asia (0.02% en China), aunque puede ser debido al infradiagnóstico de la APs en esa región^{4,5}.

Sin embargo, los datos epidemiológicos de la APs, tanto en la población general como en los pacientes con psoriasis, puede que no reflejen el impacto real de la enfermedad debido al diagnóstico erróneo e infradiagnóstico. Los pacientes con psoriasis con artralgias diagnosticados con APs a menudo padecen otras enfermedades

como osteoartritis, gota o fibromialgia, y además la psoriasis suele estar presente durante años antes de la aparición de los síntomas relacionados con las articulaciones de la APs¹. Los dermatólogos tienen la posibilidad de detectar de forma temprana la APs⁴ en pacientes con psoriasis independiente de la severidad de esta.

Presentación de la artritis psoriásica

Aproximadamente el 70% de los pacientes con APs desarrollan la enfermedad después de la psoriasis, con la aparición de las lesiones cutáneas en promedio 10 años antes que el diagnóstico de la APs. En el 14-21% de los casos la artritis precede a la psoriasis, y en el 11-15% aparecen de forma simultánea los síntomas en piel y articulaciones⁶.

La dactilitis consiste en el aumento de volumen de manera difusa del dedo debido a la inflamación de las articulaciones, tendones, ligamentos y tejido sinovial. También conocido como «dedo en salchicha», es signo característico de la APs, afectando hasta a un 40% de los pacientes, y puede presentarse tanto en manos como en pies.

La entesitis consiste en la sensibilización e inflamación de los puntos de inserción de tendones, ligamentos o fibras de cápsulas articulares al hueso. Se presenta principalmente en la fascia plantar, el tendón de Aquiles, las costillas, la columna y la pelvis.

La afectación en la piel cabelluda y las uñas se considera un factor de riesgo de APs. Cuando decimos que la psoriasis ungueal puede ser un predictor de APs, es porque cerca del 90% de pacientes con APs presentan distrofia de las uñas (onicolisis, estrías, pits, manchas de aceite e hiperqueratosis

continuar el tratamiento. Para elegir el agente biológico se debe tener en cuenta la presencia y el fenotipo de la APs. Adalimumab se debe considerar en primera línea en adultos con psoriasis, especialmente cuando presentan artropatía psoriásica, por su alto nivel de eficacia. Secukinumab también puede ser considerado como primera línea en pacientes adultos con psoriasis con o sin APs, aunque cuenta con un menor nivel de evidencia. Las recomendaciones de las guías BAD se resumen en un algoritmo de tratamiento en la figura 4¹⁷.

CONCLUSIONES

La APs es una enfermedad sistémica que causa la inflamación crónica de las articulaciones y la piel.

La prevalencia de APs en pacientes con psoriasis es del 6-41%, aunque es común el infradiagnóstico.

En función de los patrones clínicos que presenta se puede clasificar en cinco subtipos: oligoartritis asimétrica, poliartitis simétrica, espondilitis axial, artritis predominante de las articulaciones IFD y artritis mutilante.

Existen varios grupos de criterios diagnósticos, siendo los criterios CASPAR los más utilizados.

La heterogeneidad de los síntomas hace necesario el manejo multidisciplinar de la enfermedad entre dermatólogo y reumatólogo, siendo el primero clave en el diagnóstico temprano de la enfermedad y el tratamiento. Es prioritario el manejo de la psoriasis por el dermatólogo y evitar la progresión radiográfica de la enfermedad por parte del reumatólogo.

Tanto en las guías de reumatología como en las de dermatología, el tratamiento sistémico no convencional de primera línea son los anti-TNF.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tintle SJ, Gottlieb AB. Psoriatic arthritis for the dermatologist. *Dermatol Clin*. 2015;33(1):127-48.
2. Mease PJ, Armstrong AW. Managing patients with psoriatic disease: the diagnosis and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Drugs*. 2014;74:423-41.
3. Van de Kerkhof PCM, Reich K, Kavanaugh A, Bachelez H, Barker J, Girolomoni G, et al. Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multi-national Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis survey. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2015; 29(10):2002-10.
4. Ogdie A, Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(4):545-68.
5. Gottlieb A, Korman NJ, Gordon KB, Feldman SR, Lebowitz M, Koo JY, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(5):851-64.
6. Mease P, Goffe BS. Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52(1):1-19.
7. Sandre MK, Rohekar S. Psoriatic arthritis and nail changes: exploring the relationship. *Semin Arthritis Rheum*. 2014;44(2):162-9.
8. Moll JHM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3:55-78.
9. Sudal-Szopinska I, Matyszewska G, Kwiatkowska B, Pracon G. Diagnostic imaging of psoriatic arthritis. Part I: etiopathogenesis, classifications and radiographic features. *J Ultrason*. 2016;16(64):65-77.
10. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-73.
11. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(1):25-31.
12. Menter A. Psoriasis and psoriatic arthritis overview. *Am J Manag Care*. 2016;22(8 Suppl):s216-24.
13. Ferrreira LG, Soriano ER, Rosa JE, Navarta DA, Saucedo C, Scolnik M, et al. Validation in spanish of a screening questionnaire for the detection of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(3):510-4.
14. Fernández-Avila DG, Beltrán A, González C, Castro L, Rincón-Riño DN, Díaz MC, et al. Traducción y validación de la versión en español del cuestionario ToPAS (Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire), para el tamizaje de pacientes con artritis psoriásica en la consulta dermatológica en Colombia. *Rev Colomb Reumatol*. 2017;24:79-83.
15. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68(12):784-8.
16. Gasse L, Smolen JS, Ramiro S, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(3):499-510.
17. Smith CH, Jabbar-López ZK, Yiu ZZ, Bale T, Burden AD, Coates LC, et al. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2017. *Br J Dermatol*. 2017;177(3):628-36.

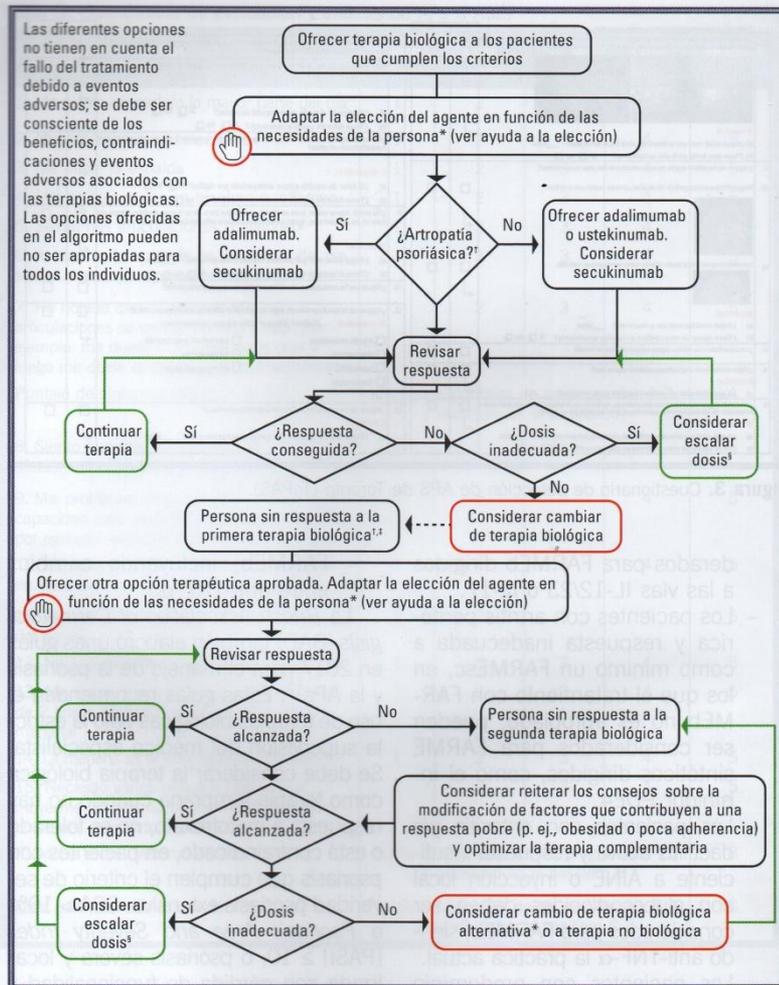


Figura 4. Algoritmo de tratamiento de las guías BAD para el manejo de la psoriasis y la APs. *Tener en cuenta factores como el objetivo de la terapia, fenotipo y actividad de la enfermedad, gravedad e impacto de la enfermedad, presencia de APs y resultados de tratamientos anteriores. †Tener en cuenta la presencia y fenotipo de la APs antes de iniciar cambios en la terapia biológica. ‡Considerar cambiar de terapia si no se alcanza el criterio de respuesta mínimo o si hay pérdida de respuesta secundaria. §Considerar escalar dosis cuando hay respuesta primaria inadecuada debido a dosis insuficiente (p. ej., personas obesas o que recaen durante el tratamiento), aunque esto pueda llevar a un mayor riesgo de infección²⁸.

subungueal)^{1,4}. Sin embargo, los estudios que evalúan las alteraciones en las uñas en pacientes con APs presentan resultados muy variables, siendo la onicólisis la más común en algunos de ellos, mientras que en otros son los *pits* (Fig. 1)⁷.

En función de los distintos patrones clínicos que presenta la APs, se puede clasificar en cinco subtipos siguiendo los criterios de Moll y Wright⁸, los cuales pueden aparecer individualmente o presentarse de forma simultánea⁹:

- La oligoartritis asimétrica es la forma más común (70% de los pacientes), afecta a menos de cinco articulaciones periféricas, con compromiso de las articulaciones pequeñas (interfalángicas y metacarpofalángicas) de forma asimétrica o de las articulaciones grandes como rodilla, tobillo y hombro⁹.
- La poliartritis simétrica afecta a más de cinco articulaciones, es simétrica y se manifiesta con cambios en múltiples articulaciones, como manos, muñecas y pies. En el 15-20% de los casos no se puede diferenciar de la artritis reumatoide (AR)⁹.
- La espondilitis axial es una forma poco frecuente que afecta sólo al 5% de los pacientes. Afecta a las articulaciones sacroilíacas y la columna, pudiendo dar lugar a la fusión de vértebras. Alrededor del 40% de pacientes con espondilitis presentan de forma concomitante artritis periférica⁹.
- La artritis predominante de la articulación IFD está asociada con la distrofia ungueal. Es una forma distintiva de APs que cau-

sa cambios en las articulaciones IFD, además de erosiones y cambios proliferativos⁹.

- La artritis mutilante es la forma más grave de la enfermedad y afecta al 5-16% de pacientes con APs. Consiste en la osteólisis de las articulaciones IFD de manos y pies y causa graves deformidades⁹.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

El diagnóstico de la APs se basa en los criterios de clasificación, que además permiten identificar poblaciones de pacientes homogéneas para los estudios de investigación (Tabla 1)⁴. El primer conjunto de criterios de clasificación fue creado en 1973 por Moll y Wright⁸. Posteriormente surgieron varios conjuntos más, siendo los criterios CASPAR (*Classification of Psoriatic Arthritis*) los más utilizados¹⁰. Se ha demostrado que los criterios CASPAR tienen una elevada sensibilidad y especificidad (ambos > 90% en la mayoría de estudios), aunque se ha sugerido que no son ideales para la enfermedad temprana. Más recientemente se han propuesto los criterios ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*) para las espondiloartritis periférica y axial¹¹.

Los análisis de imagen pueden ayudar al diagnóstico debido a la detección de la erosión y nueva formación del hueso propias de la APs (Fig. 2). En los cinco primeros meses de la enfermedad ya se puede encontrar erosión en los huesos en el 27% de los pacientes, y dos años después de los primeros síntomas las erosiones pueden estar presentes en cerca del 50%. La detección de proliferación ósea yuxtaarticular es uno de los



Figura 1. Características clínicas de la APs (Fuente: <https://www.memorangapp.com/flashcards/133336/M+4RHE3+Juvenile+Idiopathic+Arthritis/>).

rasgos radiográficos más específicos de la APs, aunque las erosiones de IFD, la formación de hueso nuevo perióstico y la inflamación difusa de los tejidos blandos también pueden ayudar en el diagnóstico y a diferenciar entre APs y AR. Además, en los pacientes con APs el número de erosiones y el recuento de osteófitos se han podido correlacionar con la duración de la enfermedad y la edad, respectivamente⁴.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La APs a menudo se puede confundir con otras artropatías, especialmente cuando los pacientes no presentan lesiones cutáneas ni ungueales evidentes. El diagnóstico diferencial incluye la AR, la osteoartritis erosiva, la artritis por cristales y otras espondiloartritis como

la artritis reactiva, la artritis enteropática o la espondilitis anquilosante¹². Además, se debe considerar que no cualquier paciente con psoriasis y dolor articular tendrá necesariamente APs (Tabla 2).

La evaluación inicial de individuos con síntomas musculoesqueléticos debe determinar el origen del dolor, su naturaleza, su cronicidad y su extensión. El origen anatómico puede ser articular o no articular. La naturaleza del proceso patológico puede ser inflamatoria o no inflamatoria. Los desórdenes inflamatorios presentan asociación de sensibilidad articular por las mañanas a causa del reposo prolongado, que es grave y duradera pero mejora con la actividad, mientras que los no inflamatorios presentan sensibilidad intermitente provocada por cortos

Fecha (o su país) para responder a las siguientes preguntas:		SI	NO
1. ¿Alguna vez ha tenido una erupción en la piel con áreas escamosas de color rojo y blanco pálido, particularmente en codos, rodillas o caderas, como en esta foto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez ha notado alguna de estas cosas en las uñas de sus manos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha notado alguno de estos cambios en las uñas de sus manos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Algun médico le ha diagnosticado alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez dolor en las articulaciones, rigidez en las articulaciones, o enrojecimiento o hinchazón de las articulaciones que no hayan sido causados por un golpe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido alguna vez los dedos de las manos o de los pies hinchados en forma de salchicha, así que esto haya sido causado por un golpe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguna vez dolor de cuello que dure por lo menos 3 meses, que no estuviere relacionado con un golpe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha tenido alguna vez dolor de espalda que dure por lo menos 3 meses, que no estuviere relacionado con un golpe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna vez un brote en la piel en cualquier parte de su cuerpo al mismo tiempo que dolor en las articulaciones, rigidez en las articulaciones o articulaciones inflamadas y rojas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez ha consultado a un médico por dolor en cualquier articulación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún tipo de artritis, diferente a la artritis psoriásica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado artritis psoriásica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 3. Cuestionario de detección de APS de Toronto (ToPAS).

derados para FARMEb dirigidos a las vías IL-12/23 o IL-17.

- Los pacientes con artritis periférica y respuesta inadecuada a como mínimo un FARMEsc, en los que el tratamiento con FARMEb no es apropiado, pueden ser considerados para FARME sintéticos dirigidos, como el inhibidor PDE4.
- Los pacientes con entesitis y/o dactilitis activa y respuesta insuficiente a AINE o inyección local con glucocorticoides deben ser considerados para FARMEb, siendo anti-TNF- α la práctica actual.
- Los pacientes con predominio de enfermedad axial activa y respuesta insuficiente a AINE deben ser considerados para FARMEb, siendo anti-TNF- α la práctica actual.
- Los pacientes que no responden adecuadamente a un FARMEb deben considerar cambiar a otro

FARMEb, incluyendo cambios entre anti-TNF- α .

La *British Association of Dermatologists* (BAD) también elaboró unas guías en 2017 para el manejo de la psoriasis y la APs¹⁷. Estas guías recomiendan el uso de terapias biológicas bajo la estricta supervisión del médico especialista. Se debe considerar la terapia biológica como terapia temprana cuando no hay respuesta a metotrexato, no es tolerado o está contraindicado, en pacientes con psoriasis que cumplen el criterio de severidad psoriasis extensiva: SCA > 10% o *Psoriasis Area and Severity Index* [PASI] \geq 10; o psoriasis severa y localizada con pérdida de funcionalidad y con APs activa. Se debe evaluar la respuesta a la terapia biológica teniendo en cuenta el cambio del índice PASI respecto al valor basal, el control de la actividad de la APs en interconsulta con un reumatólogo, y el efecto sobre la funcionalidad física, psicológica y social valorando el riesgo-beneficio de

Tabla 3. Cuestionario de evaluación y análisis de APs (PASE)

Subescala de síntomas	Nunca	Casi nunca	No sé	Casi siempre	Siempre
1. Me siento cansada/o la mayor parte del día	1	2	3	4	5
2. Me duelen mis articulaciones	1	2	3	4	5
3. Me duele la espalda	1	2	3	4	5
4. Mis articulaciones se hinchan o inflaman	1	2	3	4	5
5. Siento mis articulaciones «calientes»	1	2	3	4	5
6. A veces todo un dedo de la mano o del pie se me hincha y se parece a una «salchicha»	1	2	3	4	5
7. He notado que el dolor en mis articulaciones se mueve de una a otra. Por ejemplo: me duele la muñeca unos días y luego me duele la rodilla, y así sucesivamente	1	2	3	4	5
Puntaje de síntomas (Máximo de 35)	Sume los puntajes de las preguntas 1-7 y escríbalo en el casillero A				A
8. Siento que mis problemas articulares afectan mi capacidad para trabajar	1	2	3	4	5
9. Mis problemas articulares han afectado mi capacidad para valirme por mí mismo, como, por ejemplo, vestirme o lavarme los dientes	1	2	3	4	5
10. He tenido dificultad en ponerme anillos en los dedos o en usar reloj de pulsera	1	2	3	4	5
11. He tenido dificultad para subir o bajar del coche	1	2	3	4	5
12. No puedo ser tan activo como lo era antes	1	2	3	4	5
13. Me siento rígido o entumecido por más de 2 horas después de levantarme por la mañana	1	2	3	4	5
14. La mañana es la peor parte del día para mí	1	2	3	4	5
15. Necesito varios minutos para poder moverme al máximo de mi capacidad, en cualquier momento del día	1	2	3	4	5
Function score (Máximo de 40)	Sume los puntajes de las preguntas 8-15 y escríbalo en el casillero B				B
Total pase score (Máximo de 75)	Sume los puntajes de las casillas A y B y escríbalo en el casillero C				C

deradas como terapia complementaria en la APs, y los glucocorticoides sistémicos se deben usar con precaución en la menor dosis efectiva.

- Los pacientes con artritis periférica y respuesta inadecuada a como mínimo un FARMEsc pueden

den iniciar el tratamiento con FARMeb, habitualmente un anti-TNF- α .

- Los pacientes con artritis periférica y respuesta inadecuada a como mínimo un FARMEsc, en los que no son apropiados los anti-TNF- α , pueden ser consi-

Tabla 1. Principales criterios de clasificación para la APs¹. Moll y Wright¹⁰, CASPAR¹² y el nuevo ASAS¹³ para la APs periférica y axial

Moll y Wright	CASPAR	ASAS	
		APs periférica	APs axial
Los tres siguientes: 1. Artritis inflamatoria (periférica, sacroilitis o espondilitis) 2. Psoriasis 3. Factor reumatoide negativo (normalmente)	Enfermedad inflamatoria articular (artritis, entesitis o espondilitis) con ≥ 3 puntos: 1. Psoriasis actual (2 pts.), antecedentes personales o familiares de psoriasis (1 pt.) 2. Distrofia psoriásica ungueal (onicolisis, punteado o hiperqueratosis) en el momento del examen (1 pt.) 3. Factor reumatoide negativo (1 pt.) 4. Dactilitis o historia de dactilitis registrada por el reumatólogo (1 pt.) 5. Formación de hueso cercano a la articulación en radiografías de manos o pies (1 pt.)	Artritis, entesitis o dactilitis más: ≥ 1 de los siguientes criterios: – Uveítis – Psoriasis – Colitis ulcerativa o de Crohn – Infección previa – HLA-B27 – Sacroilitis en imagen O ≥ 2 de los siguientes criterios: – Artritis – Entesitis	Sacroilitis en imagen más ≥ 1 criterio clínico o HLA-B27 más ≥ 2 criterios clínicos Criterios clínicos: – Dolor lumbar inflamatorio – Artritis periférica – Entesitis – Dactilitis – Psoriasis – Colitis ulcerativa o de Crohn – Buena respuesta a AINE – Antecedentes familiares de APs – HLA-B27 positivo – Aumento de PCR

periodos de reposo, dura menos de 60 min y empeora con la actividad.

Los desórdenes musculoesqueléticos suelen ser clasificados como agudos o crónicos según la duración de los síntomas, que puede ser menor o mayor a seis semanas, respectivamente.

Las artritis reactivas y las asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal comparten con la APs la afección oligoarticular asimétrica, dactilitis, entesitis, dolor lumbar, sacroilitis y lesiones cutáneas, entre otras manifestaciones extraarticulares. Por el contrario, a diferencia de la APs, las artritis reactivas presentan lesiones cutaneomucosas, uretritis, antecedente infeccioso y menor afectación en las articulaciones de las extremidades superiores⁹.

MANEJO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

La heterogeneidad de los síntomas hace necesario el manejo multidisciplinario de la APs, con la participación de dermatólogos y reumatólogos. Es recomendable que los dermatólogos busquen signos y síntomas de la APs en los pacientes con psoriasis para realizar un diagnóstico temprano.

Las herramientas disponibles para los dermatólogos para detectar APs incluyen los cuestionarios PASE (*Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation*) y ToPAS (*Toronto Psoriatic Arthritis Screen*), los cuales son autoaplicables. El primero se desarrolló para ayudar a los dermatólogos a identificar individuos con psoriasis que se pudieran beneficiar de una interconsulta con

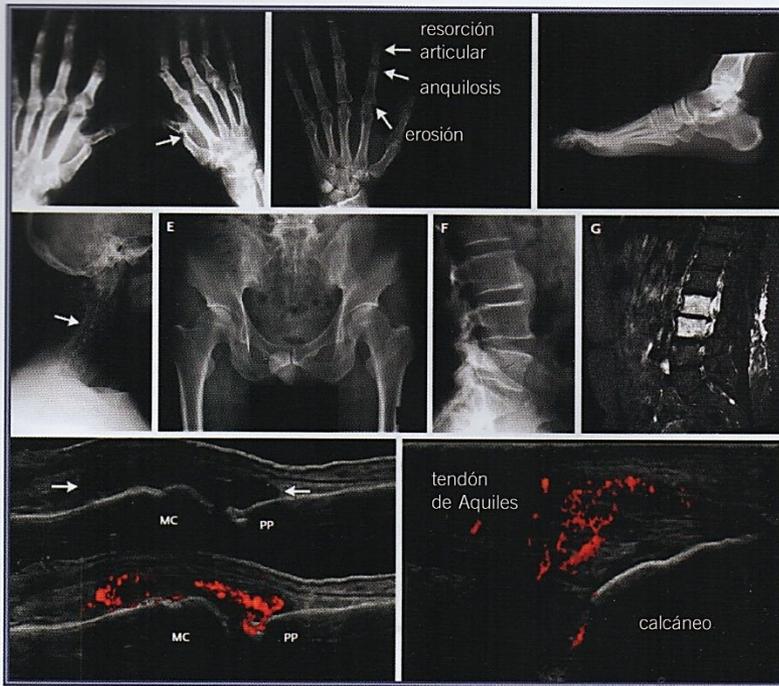


Figura 2. Características radiográficas de la APs. A: artritis mutilante, con deformidades «lápiz en copa» (flecha) y marcada resorción ósea (osteólisis) en las falanges de la mano derecha. B: resorción de las articulaciones, anquilosis y erosión. C: entesofitos en la fascia plantar e inserciones del tendón de Aquiles. D: sindesmofitos en la columna cervical, con anquilosis de las articulaciones facetarias (flecha). E: sacroileítis bilateral de grado III. F: sindesmofito paramarginal en 4.ª y 5.ª vértebras lumbares. G: edema de la médula ósea en la 2.ª y 3.ª vértebras lumbares. H: sinovitis de la articulación metacarpofalángica con distensión de la cápsula articular (flechas) e hiperemia sinovial (señales confluentes rojas con eco-Doppler de potencia). MC: cabeza metacarpiana. PP: falange proximal. I: entesitis con hiperemia en el tendón, cerca de su inserción en el calcáneo (señales confluentes rojas del eco-Doppler de potencia) (Fuente: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=90600>).

reumatología. Consiste en 15 preguntas, 7 de las cuales evalúan los síntomas y las 8 restantes la función, que puntúan de 1 a 5 con un máximo de 75 puntos (Tabla 3)¹³. El cuestionario ToPAS fue desarrollado para detectar APs tanto en pacientes con psoriasis

como en la población general. Consta de 12 preguntas consecutivas que se deben responder con «sí» o «no» (Fig. 3)¹⁴. Otra herramienta disponible para los dermatólogos son los criterios para determinar dolor de espalda inflamatorio, que incluyen la mejora del dolor

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la APs con las principales artropatías

Característica clínica	APs	AR	Artrosis	Fibromialgia	Gota	Espondilitis anquilosante
Psoriasis	+	-	-	-	-	-
Distrofia ungueal	+	-	-	-	-	-
Entesitis	+	Menos frecuente	-	+	+	Menos frecuente
Dactilitis	+	-	-	-	+	-
Articulación periférica	+	+	+	+	+	-
Articulación axial/espondilitis	+	+, sólo cervical	-	+	+ menos frecuente	+
Rigidez	+	+	+, con movilidad	+	+	+
Factor reumatoide positivo	-	+	-	-	-	-

con el ejercicio, el dolor durante la noche, el inicio insidioso, la aparición antes de los 40 años y la falta de mejoría con el reposo¹⁵.

Una vez diagnosticada la enfermedad, los pacientes deben ser evaluados y tratados en conjunto con un reumatólogo para iniciar el tratamiento, con el objetivo de maximizar la calidad de vida mediante el control de los síntomas, la inhibición del daño estructural y la normalización de la función y participación social. La elección del tratamiento se debe basar en decisiones compartidas entre pacientes, dermatólogos y reumatólogos, teniendo en cuenta la eficacia y la seguridad. Los dermatólogos son los especialistas que deben sospechar y tamizar a los pacientes con APs; en caso de confirmar el diagnóstico, la decisión del tratamiento deberá ser con abordaje multidisciplinario. Además, siempre se deben tener en cuenta las manifestaciones extraarticulares de la APs, así como sus comorbilidades¹⁶.

La *European League Against Rheumatism* desarrolló 10 recomendacio-

nes para el tratamiento de la APs según las evidencias de estudios de revisión sistemáticos y opiniones de expertos¹⁶:

- El tratamiento debe tener como objetivo la remisión o la mínima actividad de la enfermedad, mediante el control regular y ajuste apropiado de la terapia.
- En los pacientes con APs, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se deben usar para aliviar los signos y síntomas musculoesqueléticos.
- Los pacientes con artritis periférica, especialmente con muchas articulaciones inflamadas, daño estructural con inflamación, elevada ESR/proteína C reactiva (PCR) y/o manifestaciones extraarticulares clínicamente relevantes, deben ser considerados para FARMESc en estadios iniciales, siendo metotrexato la opción preferente cuando hay compromiso cutáneo.
- Las inyecciones locales con glucocorticoides deben ser consi-