

Título: ARTROPATÍA PSORIÁSICA

Autores:

Dra. Nelsa Casas Figueredo. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Máster en Infectología, Profesora Auxiliar.

DraC. Araceli Chico Capote. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Profesora e Investigadora Titular.

DrC. Miguel Estévez del Toro. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Profesor e Investigador Titular.

Dra. Ana Argüelles Zayas. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Máster en Infectología, Profesora Asistente.

Dra. Teresita Pérez Alfonso. Especialista de 2º Grado de Dermatología. Máster en Infectología, Profesora Asistente.

Dra. Maria del Carmen Aguilar Callejo. Especialista de 1er. Grado en Radiología.

Dra. Sandra Borges Pérez. Especialista de 2º Grado de en Oftalmología.

Lic. Bárbara Bernardo Salazar. Especialista en Psicología de la Salud.

Servicio de Reumatología
Email: jreuma@hha.sld.cu

Introducción

La artritis psoriásica (APs) se define como una artropatía inflamatoria que se manifiesta en pacientes con psoriasis y se caracteriza por ausencia de factor reumatoide.

Las manifestaciones clínicas son heterogéneas, de curso remitente y generalmente independiente de la afectación cutánea. Suele ser una artritis severa, de rápida evolución y puede producir invalidez.

La prevalencia de artritis en la población general es de aproximadamente, entre el 2 y el 3%, mientras que en los pacientes con psoriasis se eleva al 7-42%. Por el contrario, la prevalencia de psoriasis entre los pacientes con artritis es del 2,67%, mientras que en la población general es del 0,1-2,8%.

No se conoce bien la etiología de la AP. Se cree que el proceso inflamatorio es perpetuado por una serie de factores genéticos, inmunológicos y medioambientales.

Objetivos

- Establecer el diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para prevenir deformidades y limitaciones funcionales.
- Lograr un manejo integrador, multidisciplinario del enfermo.
- Reconocer tempranamente factores de mal pronóstico en estos enfermos.

Desarrollo

Manifestaciones Clínicas

- En el 70% de los casos la psoriasis cutánea precede a la artritis, generalmente varios años, mientras que un 15% presenta antes la artritis.

Manifestaciones musculo-esqueléticas:

En 70 % de los casos la psoriasis cutánea precede a la artritis, generalmente varios años, mientras que 15 % presenta antes la artritis.

El comienzo de las manifestaciones de artritis psoriásica es generalmente insidioso, pero puede presentarse de forma aguda. Afecta el esqueleto axial (sacroilítis, espondilitis) y periférico (artritis, dactilitis, entesitis). La forma espondilítica puede presentarse con manifestaciones exclusivamente axiales o estar combinadas con artropatía periférica. Afecta de las articulaciones interfalángicas distales (más características). En ocasiones se produce una

artritis destructiva grave, fundamentalmente en pequeñas articulaciones de manos y pies. El patrón articular es asimétrico con predominio de miembros inferiores. Frecuente asociación con el marcador genético HLA-b 27.

Manifestaciones extra-articulares más frecuentes:

- Ungüeales - (Onicodistrofias)
- Oculares- (Uveitis, conjuntivitis).
- Lesiones mucosas – (Úlceras orales, genitales)
- . • Síndrome de SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis)

Comorbilidades asociadas

- Obesidad
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Diabetes
- Dislipidemias
- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial, arterioesclerosis, infarto al miocardio)

Diagnóstico

Varios criterios diagnósticos y de clasificación han sido propuestos en la literatura pero no está claro cuál de ellos es el más adecuado, especialmente para la práctica diaria, por lo que actualmente no existe un amplio consenso al respecto.

Se recomienda seguir el criterio clínico del reumatólogo o los criterios CASPAR para el diagnóstico de la APs (si la afectación es predominantemente periférica), y los criterios del grupo GRAPPA para el diagnóstico de la afectación axial.

Criterios CASPAR (criterios de clasificación para la artritis psoriásica)

Criterios	
1-Enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entésica), con 3 o más puntos obtenidos de la siguientes categorías:	
Categorías	Puntuación
a) Presencia actual de psoriasis, historia personal o familiar de psoriasis	1
-Presencia actual definida como psoriasis en la piel o cuero cabelludo evaluado por un reumatólogo o dermatólogo	2
- La historia familiar es la historia de psoriasis en un familiar de primer o segundo grado referido por el paciente	1
b) Distrofia psoriásica ungueal, incluidos onicolísis, pitting e hiperqueratosis, observados en la exploración actual	1
c) Factor reumatoide negativo, determinado por cualquier método excepto el látex, preferible ELISA o nefelometría. Los valores serán los del laboratorio local de referencia	1
d) Historia actual de dactilitis, definida como inflamación de todo el dedo o una historia de dactilitis recogida por un reumatólogo	1
e) Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulación (manos y pies): osificación mal definida (excluidos osteofitos)	1
<u>Total</u>	

Criterios elaborados por el grupo GRAPPA para el diagnóstico de la afectación axial en la APs .

La afectación axial se presenta en aproximadamente el 50% de los pacientes con APso, con sacroilítis en el 25% de los casos.

El diagnóstico de enfermedad axial responde a la presencia de 2 de los siguientes criterios:

➤ Dolor lumbar inflamatorio:

Edad de inicio < 45 años, duración >3 meses, rigidez matutina >30 minutos, inicio insidioso, mejoría con el ejercicio, dolor alternante en nalgas.

➤ Limitación funcional:

Limitación en la movilidad cervical, dorsal o lumbar en el plano sagital y frontal.

➤ Radiológico

Sacroilítis unilateral \geq grado 2 en radiografía simple, presencia de sin desmofitos, en resonancia magnética de sacroilíacas: edema de médula ósea, erosiones o disminución del espacio articular.

Patrones clínicos

- Artropatía de predominio distal identificada aproximadamente en el 5% de los pacientes con APs en algún momento de su evolución, se asocia con onicopatía.
- Artritis mutilante (mutilans), forma severamente destructiva, con una frecuencia del 5%.

- Oligoartritis asimétrica (forma más frecuente de presentación), observada en el 70% de los pacientes.
- Poliartrosis simétrica (similar a la artritis reumatoidea), con una frecuencia del 15%.
- Espondilitis, descrita de forma aislada en el 5% de los casos y asociada a otras formas clínicas en un 40 .

Factores pronóstico en la Aps

- HLA-B27, B39, DQw3, DRB1
- Uso previo de mucha medicación
- > 5 articulaciones inflamadas en la primera visita
- Inicio poliarticular
- Sexo femenino

. Pruebas diagnósticas básicas o confirmatorias, o ambas

No existen marcadores característicos. Estos exámenes básicos nos van a ayudar al diagnóstico y a realizar un correcto seguimiento de la enfermedad, la detección precoz de complicaciones, y de los eventos adversos al tratamiento:

Estudios de Laboratorio:

- Hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, urea (a veces uricemia por el compromiso celular cutáneo). Marcador genético HLA- B27.
- Estudios imagenológicos: La radiología aporta datos al diagnóstico cuando la enfermedad ha evolucionado un tiempo prolongado: Solicitar: Rx de las manos, pies, y pelvis ósea.
- Rasgos radiológicos: ausencia de osteopenia, erosión proliferativa, destrucción articular, sacroilítis unilateral o asimétrica, sin desmofito atípico, osificación paravertebral.

- Tomografía Axial Computarizada (TAC): útil para el estudio de estructuras axiales (columna, pelvis, esterno claviculares y caderas).
- Ultrasonografía: refleja adecuadamente cambios inflamatorios tempranos y tardíos de los tejidos blandos perientésicos, es sensible y precoz para erosiones.
- Resonancia nuclear magnética (RMN): adecuada sensibilidad en la detección de cambios erosivos tempranos y en menor medida, modificaciones de los tejidos blandos.

RECOMENACIONES TERAPÉUTICAS

Tratamiento médico

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
- Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)
- Terapias biológicas (Anticuerpo dirigido al factor de necrosis tumoral, Anti tnf)

El objetivo del tratamiento de la APs es conseguir la remisión de la enfermedad y en su defecto, reducir al mínimo la actividad inflamatoria para que se produzca una mejoría significativa de los síntomas y signos de la enfermedad, tales como la inflamación articular, el dolor y la rigidez, se preserve la capacidad funcional, manteniendo así una buena calidad de vida. Controlar el daño estructural sería otro objetivo deseable.

Pacientes con afectación periférica predominante (la más frecuente en la APs)

- **Antiinflamatorios (AINEs) • Ver protocolo de Espondilitis Anquilopoyética,**
- **Glucocorticoides (GC)**
- Indicados en presencia de entesítis, dactilitis, mono u oligoartritis, que no mejoren.

- Deben valorarse las infiltraciones locales o incluso GC orales (también para las formas poliarticulares). En caso de realizar una infiltración, se debe tener precaución en no tocar posibles lesiones cutáneas.
- En caso de la monoartritis crónica, que no responde a los tratamientos anteriores y siempre que esté claramente relacionada con la enfermedad.
- Se sugiere reservar este tipo de terapias para pacientes muy seleccionados de artritis grave durante el menor tiempo posible por el riesgo de provocar un brote cutáneo al cesar la terapia.

- Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME).

Inhiben la hiperactividad del sistema inmune o inflamatorio, o ambos, por tanto tienen efecto modificador del curso de la enfermedad. Se utilizan en pacientes que presentan signos de mal pronóstico o refractariedad a los AINEs:

- Metotrexate (MTX): En escalada rápida: 7,5 mg/sem durante el primer mes. Si persiste la artritis en cualquier localización, se aumentará a 15 mg/sem al mes siguiente y posteriormente a 20-25 mg/semana, en caso de mantenerse el cuadro inflamatorio articular. Si tras dos meses con una dosis de 20-25 mg semanales (o en caso de intolerancia = la dosis máxima tolerada) no se ha alcanzado el objetivo terapéutico, es indicación de cambio de tratamiento. En caso de ineficacia con MTX oral, el clínico puede considerar, por su mayor biodisponibilidad, la posibilidad de administrarlo por vía subcutánea. Se han de añadir suplementos de ácido fólico (5 mg /sem).
- Sulfasalazina (Salazosulfapirina)-SSZ: 2-3 g diarios durante, al menos, 3-4 meses. Puede utilizarse solo o combinado.
- Leflunomida (ARAVA-LEF): 20 mg/día durante tres meses; no es necesaria una dosis inicial de carga de 100 mg /día durante los 3 primeros días. En caso de intolerancia o efectos adversos a esta dosis estándar, se puede disminuir a 10 mg /día.

- Ciclosporina A: 3-5 mg/kg/día durante 3 meses o, en caso de efectos adversos, la dosis máxima tolerada

Artritis persistente - Sinovectomía.

Tratamientos Biológicos-

Incluyen aquellos fármacos indicados para la terapia de las artropatías inflamatorias que actúan sobre dianas terapéuticas específicas dentro del proceso patogénico de cada enfermedad.

En APs de predominio periférico se considerará el uso de TB cuando no exista respuesta adecuada a un FAME o a la combinación entre ellos, durante al menos 3 meses, de los cuales al menos 2 meses deben ser a dosis plena (salvo que problemas de tolerancia o toxicidad limiten la dosis)

Terapias biológicas –TB- Anti TNF (Factor de necrosis tumoral)

- Infliximab-(Remicade):

Dosis- 5 mg /kg en las semanas 0, 2,6, luego cada 8 semanas.

Vía: intravenoso (IV) durante 2 h

Se administrará en combinación con MTX, o monoterapia si el MTX está contraindicado /intolerancia.

-Etanercept -(Embrel):

Dosis: 25 mg dos veces a la semana SC por 24 semanas, o 50mg una vez a la semana.

Vía: SC.

-Adalimumab - (Humira)

Dosis: 40 mg cada 2 semanas. Vía: SC

-Golimumab - (Simponi)

Dosis: 50mg - solo o en combinación con MTX. Vía: SC

Pacientes >100 kg, si no respuesta en 12-16 semanas valorar aumento de dosis va 100 mg cada mes, si no respuesta suspende.

Certolizumab pegol- (Cinzia)

Dosis: 400mg, semanas 0, 2, 4, seguida de una dosis de mantenimiento de 200mg cada 2 semanas. Vía: SC

Inhibidores de la fosfodiesterasa-4

Apremilast (Otezla) Vía Oral

Han demostrado eficacia clínica en APs refractaria a los FAME y /o terapia biológica.

Dosis: Tabletas de 10mg, 20mg, 30 mg.

Día 1- 10mg

Día 2- (20 mg) 10mg am y 10 mg pm

Día 3- (30 mg) 10 mg am y 20 mg pm

Día 4- (40 mg) 20 mg am y 20 mg pm

Día 5- (50 mg) 20 mg am y 30 mg pm

Día 6-(60 mg) 30 mg am y 30 mg pm

Continuar con 60mg diario

-Bloqueadores de IL-17 (citoquina proinflamatoria producida por Th 17)

Secukinumab

Iniciar 300 mg vía subcutánea semanal por b 8 semanas, luego 300 mg SC mensual.

Ixekizumab

Semana 0-160mg Vía: SC

Semana 2- 80 mg hasta la semana 12, luego mantener 80 mg mensual

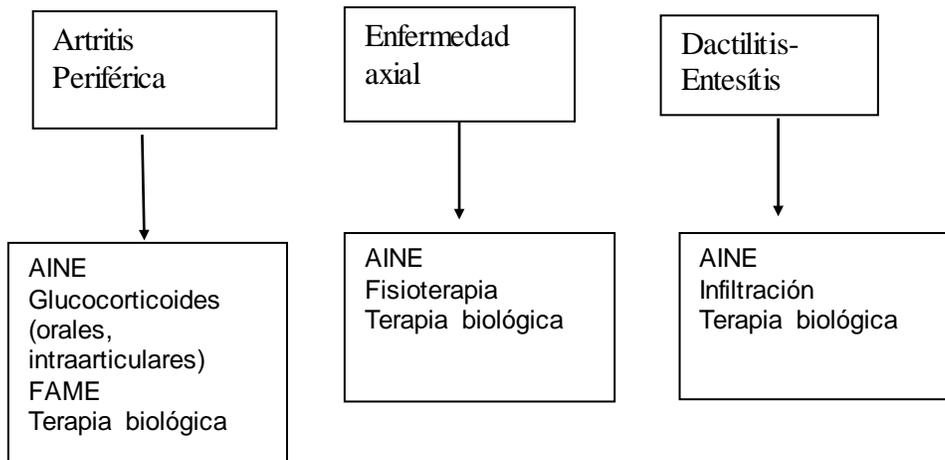
Pacientes con afectación axial

Formas axiales - se considerará el uso de TB ante el fallo de al menos 2 AINEs con potencia antiinflamatoria demostrada durante un periodo de 4 semanas cada AINE a la dosis máxima recomendada o tolerada, excepto que haya evidencia de toxicidad o contraindicación a los AINEs.

- **Terapias biológicas** – (Mencionadas anteriormente)

-**Tratamiento no farmacológico.** Ver protocolo de EA.

Opciones terapéuticas según la forma de afectación de la Aps según el GRAPPA.



INDICADORES

Indicadores de estructura	Estándar
----------------------------------	-----------------

Recursos humanos

% del personal (reumatólogo y personal auxiliar . entrenados en contenido del PA.	>95%
--	------

Recursos materiales

% del aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA.	>95%
% de disponibilidad de los medicamentos modificadores de la enfermedad expuesto en PA.	>95%
% de disponibilidad de los medicamentos biológicos	< 5%
% de los recursos para la aplicación de investigaciones	>80%

Recursos organizativos

% de pacientes con planilla para la recogida datos (PRD) del PA.	100%
% de pacientes incorporados en la base de datos .	100%

Indicadores de procesos	Estándar
--------------------------------	-----------------

% de pacientes que cumplan con los períodos de control de seguimiento, según el PA	>90%
% de pacientes clasificados según forma clínica articular	>90%
% de pacientes que cumplan las sugerencias terapéuticas para la artritis psoriásica.	>80%
% de pacientes que recibirán tratamiento rehabilitador.	>80%
% de garantizar del número de consultas programadas semanalmente	>98%

Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes controlados de la enfermedad.	>70%
% de pacientes que mejoraron su capacidad funcional luego del tratamiento	>70%
% de pacientes en régimen de rehabilitación que mejoraron el cuadro articular o entésico.	>80%
% de pacientes identificados con aterosclerosis subclínica.	>50%

Bibliografía

Ariza Ariza R, (2010). Aspectos comunes entre la espondilitis psoriásica y la espondilitis anquilosante. *Reumatol Clin*, 6, (1) 25 –27.

Bautista-Molano W, Padilla EM, Alamino RP, Sánchez CR, Valle-Oñate R, Vega E, Espinoza LR.(2015). Espondiloartritis. Feriz Alba R, Lois RM, Espinoza LR, Khamashta M, Cervinic MM, San Martí R. *Enfermedades Inflamatorias Reumáticas*. Primera Edición,207-247.

Carmona O L, Loza Santamaria E y Grupo de Espoguía (2010). Guía práctica para el manejo de las Espondiloartritis. Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología Madrid. España. *Reumatol Clin*, doi 10.1016.

Chalmeta Verdejo, I. (2013). Seguridad de los tratamientos antirreumáticos en la paciente gestante. *Semin Fund Esp Reumatol*,14,(1),14-17.

Fernandez S JL, Gonzalez D E. (2010). Artritis psoriasisica axial. *Reumatol Clin*. 6(1),22–4.

6-Fernández Sueiro JL, Lema Gontad JM. (2012). Factores pronóstico en artritis psoriasisica. *Reumatol Clin*,8,(1), 57-9.

Frleta M, Siebert S, Mc Innes IB. (2014). The interleukin-17 pathway in psoriatic and psoriatic arthritis: disease pathogenesis and possibilities of treatment. *Curr Rheumatol. Rep*, 16, 414.

González S, Queirob R, Ballina J. (2012). Actualización en la patogenia de la artritis psoriásica. *Reumatol Clin*, 8, 1-6.

Haroon M, Kirby B, FitzGerald O. (2013). High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis*, 72, 736-40.

Julio R, Juan D. (2016). Metotrexato en el tratamiento de la artritis psoriásica *Reumatol Clin*, 1, (1),36-41.

Mease PJ. (2014) Apremiast: A Phosphodiesterase 4 Inhibitor for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *Rheumatol Ther*,1,1-20.

Mok CC, Ko GT, Ho LY, Chan PT, To CH. (2011). Prevalence of atherosclerotic risk factors and the metabolic syndrome in patients with chronic inflammatory arthritis. *Arthritis Care Res*, 63,195-202.

Pérez Alamino R, Espinoza LR. (2013). Psoriatic Arthritis: Pathogénesis. E chapter. *Future Medicine*. Doi:10.2217/s.12. 379.

Ríos Yuil JM, Yuil de Ríos E. (2011). Psoriasis y enfermedad cardiovascular: mecanismos inmunológicos y moleculares. *Rev méd cient*, 24, (1),33-41.

Sharma A, Gopalakrishnan D, Kumar R, Vijayvergiya R, Dogra S. (2013). Metabolic syndrome in psoriatic arthritis patients: a cross-sectional study *Int J Rheum Dis*. 16, (6), 667-73.