

Qué debe saber el Reumatólogo del Compromiso de Piel para el Manejo de la Artritis Psoriática

FERNANDO VALENZUELA

Profesor Asistente Dermatología
Departamento Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Departamento Dermatología, Clínica Las Condes

Palabras clave:

Psoriasis
artritis psoriática
psoriasis ungueal

Keywords:

Psoriasis
psoriatic arthritis
nail psoriasis

RESUMEN

La artritis psoriática es una patología inflamatoria crónica que puede afectar a articulaciones periféricas y/o axiales, las que pertenecen al “espectro psoriático”. Es una enfermedad subdiagnosticada y subtratada, que puede traer consecuencias funcionales, laborales y de calidad de vida en los individuos que la padecen. Se estima que el 30% de los pacientes con psoriasis presentan compromiso articular. Entre los factores de riesgo para desarrollarla se encuentran; psoriasis cutáneas severas, evolución prolongada de más de 10 años, obesidad y psoriasis ungueal. Esta última puede presentar alteraciones de la matriz y/o del lecho ungueal, las que se pueden manifestar aisladamente o en conjunto. El diagnóstico de la artritis psoriática y de la psoriasis ungueal puede representar un verdadero desafío. Es de gran relevancia el diagnóstico temprano y el tratamiento correcto, ya que permiten preservar una mejor funcionalidad y calidad de vida de los pacientes.

Which must be known by the Rheumatologist of the Skin Commitment for the Management of Psoriatic Arthritis

ABSTRACT

Psoriatic arthritis is a chronic inflammatory pathology that can affect both axial and peripheral joints, belonging to the “psoriatic spectrum”. It is an underdiagnosed and undertreated condition, which can bring functional, labor and quality of life consequences in individuals suffering from it. About 30% of patients with psoriasis also have joint involvement. Risk factors for developing the disease include severe cutaneous psoriasis of more than 10 years, obese patients and nail psoriasis. Within the nail psoriasis, there are manifestations of the nail matrix and the nail bed, which can be manifested in isolation or in conjunction. However, the differential diagnosis of these lesions and psoriatic arthritis itself can be a real challenge. Early diagnosis and correct treatment depend to a large extent on our patients having better functionality and quality of life.

Correspondencia: Dr. Fernando Valenzuela
Santos Dumont 999, Independencia 8380456, Santiago, Chile

Aspectos generales

La artritis psoriática (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica inmuno-mediada que afecta las articulaciones y la piel. Es una patología heterogénea que puede manifestarse por sinovitis, entesitis, dactilitis y espondilitis; la que puede estar asociada a compromiso cutáneo y ungueal⁽¹⁾. Existe una sobreposición considerable entre la artritis psoriática y otras enfermedades como la espondilitis anquilosante y la artritis reumatoide; es debido a esto que los criterios de clasificación de la Sociedad Internacional de Espondiloartritis Axial (ASAS)⁽²⁾ y los criterios de clasificación para artritis psoriática (CASPAR) presentan elementos de sobreposición⁽³⁾, lo que dificulta el diagnóstico de estas entidades.

Enormes avances se han suscitado en los últimos años en la fisiopatología y terapéutica de la psoriasis, sobre todo después del advenimiento de la terapia biológica. Actualmente, se está hablando de un “espectro psoriático” más que de comorbilidades de psoriasis⁽⁴⁾, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS). La propia psoriasis es una enfermedad también multifacética, sistémica e inflamatoria, donde justamente la inflamación es la patogénesis del espectro.⁽⁴⁾ Entre las asociaciones importantes a tener en cuenta en el espectro psoriático se encuentran: uveitis, esteatohepatitis no alcohólica, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, síndrome metabólico, depresión, artritis psoriática y enfermedad cardiovascular^(4,5). Diversos países, incluido Chile, han firmado recientemente en la OMS, una carta para asegurar el correcto manejo de los pacientes con psoriasis, dando un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

La APs también se encuentra asociada al mismo espectro de patologías antes señaladas, sobre todo a las enfermedades cardiovasculares^(6, 7) y sus factores de riesgo. Se ha determinado que en los pacientes con APs estas asociaciones son aún mayores y por ende, presentan un mayor riesgo que en los pacientes con psoriasis sin artritis^(8, 9).

La APs tiene un gran impacto en la salud y calidad de vida de los pacientes, lo que será discutido más adelante. Uno de los aspectos cruciales en esta condición, es que tener el acceso a un manejo precoz y adecuado, mejora los índices de actividad de la enfermedad y de calidad de vida⁽¹⁰⁾, por lo que los médicos no especialistas deben tener un alto índice de sospecha para derivar oportunamente a estos pacientes. Desafortunadamente, la artritis psoriática sigue siendo inusualmente reconocida y no tratada o subtrata-

da en diversas partes del mundo, por lo que se requieren elementos para que el personal de salud mejore sus habilidades en la sospecha y diagnóstico de esta patología, que puede derivar en incapacidad y deformación articular⁽¹¹⁾.

¿Cuál es la prevalencia de APs?

La prevalencia de artritis psoriática en la población general ha sido estudiada en diversas partes del mundo, variando desde el 0,074% en Argentina⁽¹²⁾ al 0,25% en Estados Unidos⁽¹³⁾, estimándose que la prevalencia en la población general es de un 0,2%⁽¹⁴⁾.

La prevalencia de APs en población con psoriasis vulgar varía entre un 10% al 30% según diversos estudios⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Es importante destacar que en un estudio de Mease en un consultorio de dermatólogos y reumatólogos expertos, hasta el 40% de los pacientes que tenían APs no habían sido diagnosticados, demostrando lo difícil que es hacer el diagnóstico incluso en centros de excelencia con médicos entrenados⁽¹⁵⁾. En un registro iberoamericano de espondiloartritis (RESPONDIA), la prevalencia de artritis psoriática en Chile correspondió al 25,6% de los pacientes evaluados⁽¹⁸⁾ y en un estudio efectuado en pacientes psoriáticos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el compromiso articular estuvo presente en el 28,8% de los pacientes⁽¹⁹⁾.

La artritis psoriática es más prevalente en pacientes con psoriasis cutánea severa (OR 3,34), obesos y en sujetos con psoriasis de más de 10 años de duración⁽¹⁷⁾. La asociación entre superficie corporal comprometida por psoriasis y la prevalencia de artritis psoriática fue evaluada en el trabajo de Gelfand⁽¹³⁾, quien reportó que los pacientes con compromiso cutáneo mayor o igual al 10% de superficie corporal presentaban en un 56% APs, mientras que los pacientes con compromiso cutáneo menor o igual al 2% presentaban APs solo en un 14%.

Carga de la enfermedad

El detrimento en la calidad de vida de los pacientes con APs es considerable. Los pacientes con psoriasis vulgar presentan un gran compromiso en su calidad de vida^(4, 5, 19), pero al ser comparados con sujetos con APs, estos presentan incluso una mayor discapacidad, la que ha sido evaluada mediante el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire), presentando menores puntajes en el componente físico de SF-36 y en el índice de calidad de vida EQ-5D⁽²⁰⁾.

Los pacientes con psoriasis vulgar sin APs, auto-perciben su enfermedad como severa en concordancia con la superficie corporal comprometida por la afección cutánea, es decir, entre mayor superficie corporal con psoriasis, los sujetos catalogan su psoriasis como severa. Por el contrario, cuando tienen en concomitancia APs, la mayoría de los pacientes sienten que su enfermedad es severa, independiente de la superficie corporal cutánea comprometida ⁽¹⁶⁾. En este mismo estudio, cuando le preguntan a pacientes psoriáticos sin APs, qué elementos contribuyen en mayor medida a la severidad de su enfermedad, el prurito es el síntoma más importante; lo que pasa a segundo plano cuando se consulta a los pacientes con artritis psoriática, para quienes el dolor e inflamación articular es el eje de la severidad de la enfermedad ⁽¹⁶⁾.

La APs se asocia con una carga económica significativa, con costos anuales directos e indirectos por paciente que bordean los US\$ 15,000⁽²¹⁾. Los sujetos con APS tienen una tasa de empleo de un 54% a 63%, la que es significativamente menor que la población general. Además, uno de cada tres pacientes con APs manifiestan incapacidad a corto plazo o permanente. Estas cifras aumentan considerablemente a medida que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad⁽²¹⁾.

Oportunidad en diagnóstico y tratamiento

La APs está subdiagnosticada en un alto porcentaje de pacientes ^(22, 23) y, lo que es aún peor, que muchos de ellos no acuden a control ni reciben tratamiento. Esta situación se puede ver reflejada en un estudio realizado en Norteamérica y Europa en el año 2014, donde el 47% de los sujetos con psoriasis vulgar no habían consultado a ningún médico durante el último año y el 60% de los pacientes con APs no estaban recibiendo ningún tratamiento médico para su patología articular, pese a tener un gran impacto en sus actividades de la vida diaria ⁽¹⁶⁾.

Un factor relevante a mencionar, es que el tiempo que transcurre entre el inicio de la APs y su diagnóstico, genera repercusiones como lo señala el estudio de Haroon ⁽¹⁰⁾. Si el diagnóstico de APs demora más de seis meses (y por ende el tratamiento es tardío), los pacientes presentan un mayor riesgo de desarrollar erosiones articulares, deformidades articulares, sacroileitis, artritis mutilante y discapacidad funcional, lo que finalmente implica una disminución de la calidad de vida y de menores posibilidades de lograr una remisión libre de fármacos ⁽¹⁰⁾. Otros estudios sugieren que en

APs, el daño articular podría ocurrir previo a la aparición de síntomas clínicos ⁽²⁴⁾ y que algunos pacientes con diagnóstico reciente de APs ya presentarían erosiones articulares ⁽²⁵⁾.

Otro factor importante en el diagnóstico de APs (que se encuentra incluido en los Criterios CASPAR ⁽²⁶⁾) es la distrofia ungueal, la que se discutirá en detalle.

Tabla 1. Criterios CASPAR⁽²⁶⁾

Artritis inflamatoria (articulación, columna vertebral, entesis) con ≥3 puntos de los siguientes:

Puntaje	
2	Evidencia de psoriasis actual, antecedente personal de psoriasis o antecedente familiar de psoriasis
1	Distrofia ungueal psoriásica típica, incluyendo onicolisis, pitting e hiperqueratosis observadas en el examen físico actual
1	Resultado negativo para la presencia de factor reumatoide por cualquier método excepto látex
1	Dactilitis actual, definida como la inflamación de un dedo completo, o antecedente de dactilitis registrada por un reumatólogo
1	Evidencia radiográfica de una nueva formación ósea yuxta-articular que aparece como osificación definida cerca de los extremos de las articulaciones (pero excluyendo la formación de osteofitos) en las radiografías simples de mano o pie

Psoriasis ungueal

Respecto a la psoriasis ungueal, es una condición muy frecuente, comprometiendo alrededor del 50% de los pacientes con psoriasis vulgar ⁽²⁷⁾. Es más prevalente en varones adultos, aunque es frecuente después de traumas ungueales como la manicure. En pacientes con APs, la distrofia ungueal alcanza a más del 80% de los pacientes ⁽²⁷⁾.

Sin embargo, la mayor asociación de psoriasis ungueal con artritis psoriática se da en el compromiso periférico, ya que no habría asociación en el compromiso axial ⁽²⁸⁾. La causa del compromiso ungueal en artritis psoriática periférica se daría por el íntimo contacto anatómico entre la matriz ungueal, el tendón extensor de la falange distal y la articulación misma, donde ocurre el proceso inflamatorio articular ⁽²⁹⁾.

La psoriasis ungueal se manifiesta a través de alteraciones en el lecho ungueal y/o en la matriz ungueal, cada una de las cuales proporciona lesiones características. Las alteraciones del lecho ungueal incluyen: mancha en aceite (coloración amarillenta en el margen distal de la lámina ungueal), onicolisis (o separación distal de la lámina ungueal del lecho ungueal), hiperqueratosis subungueal y hemorragias en astilla (hemorragias a lo largo del lecho ungueal); mientras que las alteraciones de la matriz incluyen pitting (punteado de 1 mm de diámetro en lámina ungueal causado por disqueratosis en la matriz), *crumbling* (o desmigajamiento de la lámina ungueal por alteraciones en la queratinización), leuconiquia (fragmentos blancos en lámina ungueal) y lúnula roja ⁽³⁰⁾ (Figuras 1-4).



Figura 1. Dorso de pie izquierdo de paciente con artritis psoriática.

Se observa psoriasis vulgaris en dorso, dactilitis en segundo y cuarto ortejos y psoriasis ungueal.

En uña del primer ortejo se visualiza hiperqueratosis subungueal, onicolisis y mancha en aceite.



Figura 2. Dedo medio mano izquierda. Psoriasis ungueal con onicolisis, manchas en aceite y pitting.



Figura 3. Uñas dedo medio e índice derechos. Psoriasis ungueal con compromiso de abundantes pitting y esbozo de *crumbling*.



Figura 4. Pie derecho, cuarto orjejo con dactilitis y gran hiperqueratosis subungueal que simula onicomicosis, múltiples micológicos directos y cultivos de hongos negativos. Note también esbozos de hemorragia en astilla en la hiperqueratosis.

Importante es señalar que múltiples afecciones dermatológicas pueden llevar a alteraciones en la matriz y/o lecho ungueal, por lo que encontrar elementos aislados, no constituyen juicio para diagnóstico. Por ejemplo, pitting es muy frecuente en individuos normales, o en otras patologías como el vitíligo. La onicolisis se puede dar en dermatitis de contacto o por fotocontacto, por ejemplo, después del uso de antibióticos de la familia de las tetraciclinas. El trauma ungueal mecánico puede llevar a onicolisis, hemorragias en astillas o *crumbling*. La causa más frecuente de hiperqueratosis subungueal es micótica, condición que puede coexistir con psoriasis ungueal. En este sentido, la ecografía ungueal es de utilidad en diferenciar elementos que apoyen psoriasis ungueal⁽³¹⁾ y diferenciar de trauma ungueal u otras patologías inflamatorias, de igual forma el micológico directo y cultivo de hongos es mandatorio en lesiones con hiperqueratosis subungueal.

La artritis psoriática puede manifestarse en concomitancia a cualquier otro tipo de psoriasis, como el compromiso de cuero cabelludo (que puede confundirse con dermatitis de contacto o dermatitis seborreica), psoriasis inversa (cuyos diagnósticos diferenciales incluyen intertrigo candidiásico, eritrasma y pénfigo familiar benigno), psoriasis palmo-plantar (que puede confundirse con eccema de contacto o hiperqueratosis palmo-plantar) psoriasis pustular y psoriasis eritrodérmica.

Conclusión

La APs representa un desafío diagnóstico, tanto por la derivación que no siempre es oportuna, como por los criterios diagnósticos y tratamientos disponibles. Incluso en los sitios de expertos, un número significativo de pacientes con APs puede no ser diagnosticado. Existen características que hacen más probable el desarrollo de APs, dentro de las que se encuentran a sujetos con psoriasis vulgar extensa, de más de 10 años de evolución, obesos y con psoriasis ungueal, sin embargo, hasta el 10% de los pacientes desarrollan primero APs antes que psoriasis cutánea.

El diagnóstico y tratamiento precoz de la APs son necesarios para evitar daños estructurales, discapacidad asociada a la enfermedad y pérdida de la productividad laboral. Si se retrasa el diagnóstico de la APs, hay posibles consecuencias a largo plazo para la salud física y la calidad de vida, así como una menor probabilidad de alcanzar una remisión de la patología libre de fármacos. Por ello, el trabajo mancomunado multiprofesional es el mejor enfoque en esta patología.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Fernando Millard por su ayuda en las fotografías de compromiso psoriático ungueal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mease PJ. Psoriatic arthritis: up date on pathophysiology, assessment and management. *Ann Rheum Dis* 2011; 70 (Suppl 1):i77-8.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of Spondylo Arthritis International Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68:777-83.
3. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006; 54:2665-73.
4. World Health Organization. WHO Resolution EB133.R2. 21 March 2014. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_18-en.pdf
5. Lønnberg AS, Skov LC. Co-morbidity in psoriasis: mechanisms and implications for treatment. *Expert Rev Clin Immunol* 2016; Jul 28:1-8.

6. Horreau C, Pouplard C, Brenaut E, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic literature review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27(Suppl 3):12-29.
7. Edson-Heredia, Zhu B, Lefevre C, et al. Prevalence and incidence rate of cardiovascular, autoimmune, and other diseases in patients with psoriatic or psoriatic arthritis: a retrospective study using Clinical Practice Research Datalink. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29:955-63.
8. Khraishi M, Aslanov R, Rampakakis E, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol* 2014; 33:1495-500.
9. Tam LS, Shang Q, Li EK, et al. Subclinical carotid atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 59:1322-31.
10. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74:1045-50.
11. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol* 2009; 160:1040-7.
12. Soriano E, Rosa J, Velozo E, et al. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis in Buenos Aires, Argentina: a 6-year health management organization-based study. *Rheumatology (Oxford)* 2011; 50:729-34.
13. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:573.
14. Löfvendahl S, Theander E, Svensson Å, et al. Validity of diagnostic codes and prevalence of physician-diagnosed psoriasis and psoriatic arthritis in southern Sweden—a population-based register study. *PLoS One* 2014; 29;9(5):e98024.
15. Mease P, Gladman D, Papp K, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69:729-35.
16. Lebwohl M, Bachelez H, Barker J, et al. Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70:871-81.e1-30.
17. Ogdie A, Langan S, Love T, et al. Prevalence and treatment patterns of psoriatic arthritis in the UK. *Rheumatology* 2013; 52:568-75.
18. Toloza S, Valle-Oñate R, Espinoza L. Psoriatic arthritis in South and Central America. *Curr Rheumatol Rep* 2011; 13:360-8.
19. Valenzuela F, Silva P, Valdés MP, Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102:810-6.
20. Rosen CF, Mussani F, Chandran V, et al. Patients with psoriatic arthritis have worse quality of life than those with psoriasis alone. *Rheumatology* 2012; 51:571-6.
21. Lee S, Mendelsohn A, Sarnes E. The burden of psoriatic arthritis: a literature review from a global health systems perspective. *PT* 2010; 35:680-9.
22. Mease P, Armstrong A. Managing patients with psoriatic disease: the diagnosis and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Drugs* 2014; 74:423-41.
23. Radtke M, Reich K, Blome C, et al. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23:683-91.
24. Kane D, Pathare S. Early psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2005; 31:641-57.
25. Veale DJ. Psoriatic arthritis: recent progress in pathophysiology and drug development. *Arthritis Res Ther* 2013; 15:224.
26. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006; 54:2665-73.
27. Schons K, Knob C, Murussi N, et al. Nail psoriasis: a review of the literature. *An Bras Dermatol* 2014; 89:312-7.
28. Wittkowski KM, Leonardi C, Gottlieb A, Menter A, et al. Clinical symptoms of skin, nails, and joints manifest independently in patients with concomitant psoriasis and psoriatic arthritis. *PLoS One* 2011; 6:e20279.
29. Martin B. Nail histopathology. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104:564-78.
30. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:1-27.
31. Gutierrez M, Wortsman X, Filippucci E, et al. High-frequency sonography in the valuation of psoriasis: nail and skin involvement. *J Ultrasound Med*. 2009; 28:1569-74.