

¿Cómo evaluamos una artritis psoriásica? ¿Cuál es el mejor método?

José Luis Fernández Sueiro

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

Si los recientemente publicados criterios CASPAR¹ (Classification of Psoriatic Arthritis) demuestran su utilidad, tras su validación por diversos grupos de trabajo, se habrá conseguido un paso importante para la unificación de criterios a la hora de estudiar una enfermedad inflamatoria compleja como es la artritis psoriásica (Aps). Sin embargo, diversos aspectos necesitan una definición más precisa que permita al clínico comprender cuál o cuáles son los síntomas o signos que definen una enfermedad inflamatoria articular en la que pueden concurrir artritis, espondilitis o entesitis. La definición precisa de estos puntos es fundamental, no sólo para poder clasificar la Aps, sino también para poder establecer cuál o cuáles son los instrumentos de medida más apropiados para poder evaluar la enfermedad en sus diversos aspectos.

Uno de los problemas más complejos para la evaluación de la Aps es que presenta distintos patrones de afección articular. De esta manera, a lo largo del tiempo, se han ido realizando modificaciones de los 5 tipos distintos de afección articular, sin que actualmente haya un consenso claro acerca de cómo realizar esta clasificación en la Aps. Con los datos existentes en la literatura se puede concluir que las formas mutilantes representan una complicación de la enfermedad², mientras que la afección distal aislada, aunque puede mantenerse durante un tiempo, también puede asociarse a otros tipos de afección articular. Se cree que la diferencia entre las formas poliarticulares y oligoarticulares es meramente cuantitativa; además, es frecuente la progresión de unas formas a otras durante la evolución de la enfermedad (influida o no por el tratamiento). Finalmente, hay una forma de afección axial (axAps) que no está definida y actualmente representa un problema en la definición de la enfermedad.

Desde el punto de vista clínico, una definición operativa debe comprender el mayor número de dominios y así permitir obtener la mayor información posible de la enfermedad que presenta el paciente; por lo tanto, una definición operativa de la afección articular de la Aps podría ser la clasificación articular en formas periféricas puras y axiales, teniendo en cuenta que un porcentaje elevado de estas últimas formas presentarán un componente periférico relevante, éstas podrían considerarse, en la mayoría de las ocasiones, formas mixtas.

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, los dominios de especial interés en cuanto a la evaluación de actividad y respuesta terapéutica en la Aps se centran en la afección articular, en su componente periférico y axial, la entesitis, la dactilitis y la afección cutánea y ungueal³. No existe actualmente un instrumento validado para evaluar de forma específica la actividad en la artritis psoriásica, aunque se han utilizado en ensayos clínicos los criterios de respuesta de la Aps (PsARC) o los criterios de respuesta modificados del American College of Rheumatology (ACR), la información que producen es relativa a un estado basal previo del paciente, por lo que su utilidad para su aplicación en la práctica clínica para evaluar la actividad de la enfermedad es cuestionable. El DAS (*disease activity score*), el DAS 28 y los criterios EULAR de respuesta permiten evaluar la actividad de la enfermedad y la respuesta terapéutica en los pacientes con artritis reumatoide (AR); sin embargo, este instrumento utilizado en la AR no está validado en la Aps y hay dudas acerca de su utilidad en esta afección; estudios realizados que analizan a pacientes en ensayos clínicos indican su utilidad⁴; sin embargo, un estudio actual en la práctica clínica plantea serias dudas acerca de su fiabilidad⁵. El DAS en la práctica clínica en la Aps no "captura" la enfermedad axial, la artritis que afecta a los pies o las interfalángicas distales (IFD), en los pacientes con Aps parece medir dos aspectos distintos de la enfermedad. Por lo tanto, son necesarios estudios que permitan adaptar y validar este instrumento para la evaluación de las formas periféricas de la Aps, para ello una buena opción será evaluar el DAS añadiendo las articulaciones IFD de las manos y los pies.

Estudios preliminares indican que las formas axAps podrían definirse según, al menos, dos de los siguientes

Correspondencia: Dr. J.L. Fernández Sueiro.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo.
Las Jubias, 84. 15006 La Coruña. España.
Correo electrónico: L.sueiro@canalejo.org

Manuscrito recibido el 22-5-2007 y aceptado el 22-5-2007.

critérios: clínico (dolor), físico (rigidez) y radiológico (sacroilitis) (reunión GRAPPA, Washington, 2006); sin embargo, en la actualidad no hay ningún criterio aceptado para esta definición al igual que no existen instrumentos validados para la evaluación de la actividad y la respuesta terapéutica de las formas axAps. Trabajos preliminares indican que las medidas metroológicas utilizadas en la espondilitis anquilosante son útiles en las formas axAps (estudio INSPIRE, OMERACT, Malta, 2006); además, al clasificar estas formas con un criterio radiológico, estas medidas son capaces de discriminar entre las formas axiales y periféricas⁶. Los resultados con respecto a la utilización del BASDAI en las formas axAps son contradictorios, un estudio que clasificaba a los pacientes en formas axAps en función de los signos o síntomas no encontró diferencias con el BASDAI entre las formas axiales o periféricas⁷, mientras que si la clasificación se realiza en función de un criterio radiológico, el BASDAI es capaz de discriminar entre ambas formas⁸. Se hacen necesarios estudios en series amplias de pacientes con axAps para clarificar estos aspectos y definir las medidas más apropiadas para evaluar la enfermedad.

La afección de las entesis en la Aps ha recibido una mayor atención en los últimos años; sin embargo, la falta de un consenso amplio para la utilización de un instrumento validado de medida está dificultando integrar su evaluación como un componente sistemático más de la actividad en la Aps. Diversos datos indican que la entesitis, evaluada mediante el índice MASES, se asocia a la actividad en la Aps⁹. Por lo tanto, si la entesitis en la Aps es un componente más del proceso inflamatorio, cualquier instrumento que se proponga para la evaluación de la actividad en la Aps tendrá que evaluar las entesis de forma sistemática.

Aunque la dactilitis es una característica específica de la Aps y a pesar del desarrollo de un instrumento validado para su medición (Helliwell, comunicación personal), el hecho de que su presencia pueda asumirse en la práctica clínica como una artritis y que el tiempo necesario para su evaluación sea amplio, no parece que su evaluación específica pueda integrarse en la evaluación general de la actividad de la Aps.

Unos dominios de la Aps que no están bien delimitados, en cuanto a quién corresponde su evaluación en tanto en cuanto el paciente presenta artritis, son la afección cutánea y ungueal. El instrumento más aceptado¹⁰, aunque con controversia, para la evaluación cutánea es el PASI (Psoriasis Area and Severity Index) y el BSA (área de superficie corporal), mientras que para la afección ungueal recientemente se ha publicado un índice que modifica su evaluación, el mNAPSI¹¹ (Modified

Nail Psoriasis Severity Index). Parece razonable que a los pacientes con Aps que presentan una afección severa, tanto cutánea como ungueal, se los trate de forma compartida con los especialistas en dermatología especialmente interesados en esta enfermedad.

Aunque hay dudas sobre su utilidad en las formas axAps, el HAQ es un instrumento validado para medir la función en la artritis psoriásica periférica¹². El SF-36 es un instrumento adecuado para evaluar la calidad de vida en la Aps, mientras que el ApsQoL desarrollado específicamente para la Aps necesita validación.

Aunque los esfuerzos realizados en los últimos años han contribuido a la identificación de diversas áreas problemáticas en la Aps, todavía queda mucho trabajo por hacer para definir de forma precisa los instrumentos más adecuados para evaluar la actividad y la respuesta terapéutica en una enfermedad compleja como es la Aps.

Bibliografía

1. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, and the CASPAR study group. Classification criteria for psoriatic arthritis. Development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2665-73.
2. Taylor W, Zmierzczak H, Helliwell P. Problems with the definition of axial and peripheral disease patterns in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2005;32:974-7.
3. Kavanaugh A, Ritchlin C, The GRAPPA treatment guideline committee. A systematic review of treatments for psoriatic arthritis: an evidence based approach and basis for treatment guidelines. *J Rheumatol.* 2006;33:1417-21.
4. Franssen J, Antoni C, Mease P, Uter W, Kavanaugh A, Kalden J, et al. Performance of response criteria for assessing peripheral arthritis in patients with psoriatic arthritis: analysis of data from randomised controlled trials of two tumor necrosis factor inhibitors. *Ann Rheum Dis.* 2006;65:1373-8.
5. Leeb B, Andel I, Sautner J, Fassi C, Nothnagl T, Rintelen B. The disease activity score in 28 joints in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis patients. *Arthritis Rheum (Arthritis Care and Research).* 2007;57:256-60.
6. Fernández Sueiro JL, Willisch Domínguez A, Pinto J, Pértiga S, Freire M, Fernández C, et al. ¿Son útiles las medidas de evaluación de la espondilitis anquilosante en las formas axiales de la artritis psoriásica? [resumen]. XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología; Granada, 2007.
7. Taylor W, Harrison W. Could the bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI) be a valid measure of disease activity in patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum (Arthritis Care and Research)* 2004;51:311-5.
8. Fernández Sueiro JL, Willisch A, Pinto J, Pértiga S, Freire M, Fernández C, et al. Formas axiales de la artritis psoriásica: estudio comparativo con la espondilitis anquilosante primaria [resumen]. XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología; Granada, 2007.
9. Fernández Sueiro JL, Willisch A, Pinto J, Pértiga S, Freire M, Galdo F, et al. Prevalence and location of enthesitis in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis [resumen]. Annual European Congress of Rheumatology, EULAR 2007; Barcelona, 2007.
10. Boehncke W, Prinz J, Gottlieb A. Biologic therapies for psoriasis. A systematic review. *J Rheumatol.* 2006;33:1447-51.
11. Cassell S, Bieber J, Rich P, Tutuncu Z, Lee S, Kalunian K, et al. A modified nail psoriasis severity index: validation of an instrument to assess psoriatic nail involvement in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2007;43:123-9.
12. Mease P, Menter A. Quality of life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *Am J Acad Dermatol.* 2006;54:685-704.