

# Artritis psoriásica: clasificación y evaluación de los pacientes en la actualidad

M.I. Zapico-Fernández y J.C. Torre-Alonso

Unidad de Reumatología. Hospital Monte Naranco. Oviedo. Asturias. España.

## Introducción

La psoriasis es un trastorno inmunológico crónico de la piel, que se manifiesta en placas descamativas eritematosas. La artritis asociada con psoriasis (AP) fue probablemente descrita por primera vez a principios del siglo XIX, pero no fue hasta la mitad del siglo XX, concretamente en 1964, cuando la ARA<sup>1</sup> la clasificó y la identificó como una enfermedad diferente de otras enfermedades reumáticas inflamatorias como la artritis reumatoide (AR) o la espondilitis anquilosante (EA) con psoriasis.

## Diagnóstico

La lesión osteoarticular se caracteriza por la sinovitis inflamatoria periférica y la afectación del esqueleto axial. La experiencia clínica es básica para determinar el diagnóstico, con la búsqueda de antecedentes familiares de psoriasis o de la típica lesión cutáneo/ungueal en pacientes que presentan unas manifestaciones articulares peculiares como una oligoartritis asimétrica o una poliartritis con afectación de las articulaciones IFD.

Si nos atenemos a la clásica definición de Moll y Wright<sup>2</sup> (artritis seronegativa periférica y/o raquídea asociada a psoriasis de piel y/o uñas) estamos poniendo como condición diagnóstica la coincidencia en el tiempo de las manifestaciones cutáneas y articulares, y la experiencia clínica nos dice que esto no es así, en un porcentaje variable y no despreciable de los casos.

Debemos recordar que las manifestaciones cutáneas, en el 15-17% de los pacientes, son posteriores a las articulares<sup>3</sup> y, además, a veces el paciente no recuerda la lesión de psoriasis que tuvo y que cuando se manifiesta la artropatía ya no tiene. El diagnóstico de AP es imposible en ese momento.

**TABLA 1. Sensibilidad y especificidad de los diferentes criterios diagnósticos**

	Moll y Wright <sup>2</sup>	Amor <sup>4</sup>	ESSG	Todos
Sensibilidad	61	65	65	84
Especificidad	100	99	10	99

En un 4% de los pacientes la AP se inicia con una entesitis, habitualmente aquilea y, con posterioridad, pueden aparecer la sinovitis o las manifestaciones axiales<sup>5</sup> (estos pacientes quedarían fuera del diagnóstico hasta que no tengan artritis).

Lo mismo ocurre en los casos en que la manifestación osteoarticular es únicamente una dactilitis (tenosinovitis de los flexores de los dedos de las manos o de los pies y que, en la mayoría de las ocasiones, no se acompaña de sinovitis de las pequeñas articulaciones de éstos)<sup>6</sup>.

Estamos, por tanto, ante 2 situaciones clínicas en las cuales los pacientes presentan psoriasis cutánea y manifestaciones osteoarticulares (tenosinovitis y/o entesitis) y no pueden incluirse bajo el diagnóstico de AP según los criterios de Moll y Wright<sup>7</sup>.

La AP carece de unos criterios diagnósticos apropiadamente validados (tabla 1) como los que existen para otras muchas enfermedades reumáticas, ya que es una enfermedad de difícil definición que presenta un conjunto de manifestaciones clínicas que afectan tanto al aparato locomotor como al sistema tegumentario, manifestaciones que varían en el tiempo tanto en su expresión como en su relación. Se puede afirmar que no existen unos criterios diagnósticos adecuados, y la experiencia clínica es fundamental para realizar el diagnóstico.

## Clasificación

Actualmente, la clasificación en subgrupos de las formas clínicas es uno de los aspectos más debatidos de la enfermedad<sup>8</sup>. La enorme variedad de manifestaciones clínicas, junto con la superposición y evolución en el tiempo, es una de las características más destacables de la enfermedad y fuente de las numerosas contradiccio-

Correspondencia: Dra. M.I. Zapico-Fernández.  
Unidad de Reumatología. Hospital Monte Naranco.  
Avda. Dres. Fernández Vega, 107. 33012 Oviedo. Asturias. España.  
Correo electrónico: heycontrol@bsab.com

**TABLA 2. Frecuencia (%) de los diferentes modelos artropáticos**

	Moll y Wright <sup>2</sup>	Gladman et al <sup>9</sup>	Torre et al <sup>10</sup>	Veale et al <sup>11</sup>	Marsal et al <sup>12</sup>
Oligoartritis	70	14	37	43	60
Poliartritis	15	40	35	34	
Axial	5	34	23	5	40
IFD	5	12	0	16*	
Mutilante	5	8	4**	2**	

IFD: articulaciones interfalángicas distales.

\*Formas de inicio. \*\*En cualquier modelo artropático.

**TABLA 3. Clasificación de Helliwell et al<sup>3</sup>**

Artritis periférica
Sacroileítis y sindesmófitos
Manifestaciones extraarticulares óseas

nes que se objetivan en los trabajos publicados (tabla 2). A pesar de los múltiples intentos de agrupar, de forma coherente, las diversas manifestaciones de la enfermedad, es evidente que aún no se ha logrado una clasificación satisfactoria de la AP.

### Oligoartritis/poliartritis

Moll y Wright<sup>2</sup>, en su clasificación, reconocen 4 patrones diferentes de artritis periférica. El más frecuente es el oligoarticular, en el que se afectan una o pocas articulaciones, tiene un curso episódico y suele asociarse a dactilitis.

El poliarticular es el segundo modelo artropático en frecuencia. Es semejante a una AR pero sin nódulos, seronegativa y en muchas ocasiones con sinovitis de las articulaciones interfalángicas distales (IFD).

Helliwell y Wrigth, en 1991<sup>13</sup>, efectuaron una reevaluación de las manifestaciones articulares de la psoriasis y, basándose en los hallazgos clínicos y radiológicos, proponen clasificarla en 3 subgrupos (tabla 3), uno de ellos con todos los pacientes con manifestaciones de sinovitis periférica semejante a la AR pero con afección predominantemente de IFD y rasgos característicos como la dactilitis, el edema unilateral de las extremidades superiores, la entesopatía proliferativa o la artritis mutilante. Uno de los aspectos más novedosos es la propuesta de modelo periférico único.

Es evidente que los límites entre la oligoartritis y la poliartitis son muchas veces ficticios, pero incluir en el mismo grupo pacientes con monoartritis leves y los que presentan formas poliarticulares semejantes a la AR no nos ayuda a clasificar a los pacientes desde el

punto de vista funcional, de pronóstico y de tratamiento.

Por otro lado, diversos trabajos<sup>14,15</sup> han evidenciado que los pacientes con oligoartritis y espondilitis psoriásica tienen lesiones en la mucosa intestinal similares a las encontradas en los pacientes con EA idiopática y en los que tienen enfermedad intestinal inflamatoria crónica. Por tanto, no parece indicado aceptar un solo modelo de manifestación articular periférica y parece más lógico agrupar los pacientes con artritis periférica en 2 subgrupos: oligoarticular y poliarticular.

### Artritis de IFD

El tercer modelo en la clasificación de Moll y Wright<sup>2</sup>, es el patrón de IFD, que se caracteriza por una artritis exclusiva de estas articulaciones, que se acompaña habitualmente de la onicopátia correspondiente.

En 1991, Torre et al<sup>10</sup> publican un amplio estudio clínico, radiológico y de histocompatibilidad en una población española de 180 pacientes diagnosticados de AP. Una de las principales conclusiones fue que el modelo de IFD no se podía mantener como grupo independiente. Es una forma más de inicio de la enfermedad que posteriormente evoluciona, en un tiempo variable, a cualquiera de los otros subgrupos. Algo semejante ocurre con la artritis mutilante (osteólisis de las pequeñas articulaciones de las manos y los pies).

Hoy día, la mayoría de los autores la considera una característica singular de la enfermedad pero no un grupo independiente<sup>11,16</sup>.

Kane et al<sup>17</sup> realizaron un examen de la frecuencia de las IFD implicadas en los subgrupos (oligoarticular y poliarticular) de AP. La afección de las IFD fue de un 25% en oligoartritis y un 59% en el subgrupo de poliartitis.

### Espondilitis

La prevalencia varía enormemente en los diferentes trabajos y ha sido objeto de algún debate. Se deben incluir pacientes con sacroileítis y/o sindesmófitos se acompañen o no de manifestaciones periféricas.

La prevalencia depende del método usado para la identificación de la afección axial<sup>18</sup>. Si se usa el síntoma de dolor inflamatorio espinal la prevalencia es del 40%, pero si buscamos características radiográficas de la afección sacroilíaca la prevalencia es del 25%.

Khan et al<sup>19</sup> y Williamson et al<sup>20</sup> han demostrado recientemente una alta prevalencia de afectación axial asintomática en AP. Además, Williamson et al demostraron una sensibilidad y una especificidad de las maniobras sacroilíacas en las articulaciones afectadas bajas (38 y 67%, respectivamente).

Gladman<sup>19</sup> confirmó como los cambios consistentes con espondilitis pueden ocurrir en AP en ausencia de sacroileítis radiológica.

### Dactilitis

Es una característica clínica importante, pero también ocurre en otras entidades como la sarcoidosis. La dactilitis y la entesopatía del talón, al mismo tiempo, son un dato convincente de características reflejado en los criterios de Amor para las espondiloartropatías<sup>7,21</sup>.

Salvarani et al<sup>22</sup>, en 1997, reseñan, en un trabajo realizado en 401 pacientes con AP, que el 3% tenía como única manifestación de su proceso articular una dactilitis y/o una entesitis, manifestaciones típicas de cualquier espondiloartropatía y, en muchas ocasiones, manifestación inicial de éstas.

Exactamente cómo influyen estas 2 características fue investigado por Eulry et al<sup>23</sup>, que observaron, en 161 casos de espondiloartropatías, gráficos clínicos y datos de laboratorio, para estudiar la contribución relativa de las características individuales al conjunto del diagnóstico. En la muestra completa, la dactilitis se encontró en el 24% y el dolor del talón en el 42% de los casos. Si estas características no se tuvieran en cuenta, el 11% de los casos fallaba en cumplir los criterios de espondiloartropatía.

En este estudio la participación del pie fue común, y se presentó como dactilitis en los dedos del pie, dolor en el talón y oligoartritis, que se vio más comúnmente en la AP y en las espondiloartropatías indiferenciadas.

### Entesitis

En un 4% de los pacientes, la AP se inicia con una entesitis, habitualmente aquilea y, con posterioridad, pueden aparecer la sinovitis o las manifestaciones axiales<sup>24</sup>.

McGonagle et al<sup>25</sup> estudiaron la entesopatía del calcáneo en 17 casos de espondiloartropatías tempranas (incluyendo 4 casos de AP) y 11 de dolor no inflamatorio en el talón. El edema óseo en la inserción de la entesis se vio en ambas condiciones pero se encontró que era más grave en los casos de espondiloartropatía.

La entesopatía calcánea fue estudiada recientemente por un grupo italiano<sup>26</sup>, que usaba ultrasonidos. Determinaron que la formación del espolón, tanto en la parte posterior como inferior, fue común en osteoartritis erosiva, osteoartritis nodular, AP y AR, pero se halló con menos frecuencia en el grupo control no artrítico. Los cambios erosivos en las entesis se encontraron sólo en AP (el 5% en la zona posterior y un 1% en la zona inferior) y, sorprendentemente, en vista a la hipótesis de las entesitis, también en AR (el 12% en la zona posterior y un 6% en la zona inferior).

### Artritis psoriásica sin psoriasis

La artritis precede a la psoriasis en aproximadamente un 15-17% de pacientes con AP, y en la práctica clínica se diagnostica AP en ausencia de psoriasis, particularmente si hay historia familiar de psoriasis en parientes de primer grado<sup>9</sup>.

Scarpa et al<sup>27</sup> informaron detalladamente sobre aspectos clínicos y genéticos de la AP sin psoriasis. Compararon a 21 pacientes con espondiloartropatía indiferenciada (siguiendo los criterios del grupo europeo) con una historia familiar de psoriasis en parientes de primer y segundo grados, con 36 casos de espondiloartropatía indiferenciada sin historia familiar. La mayor diferencia entre los 2 grupos fue en la frecuencia de dactilitis (el 62% en el grupo con historia familiar positiva frente al 11%), afectación de IFD (el 71 frente al 14%), HLA-B27 (el 0 frente al 25%) y HLA-CW6 (el 62 frente al 14%). En ambos grupos, sorprendió la alta prevalencia de espondilitis radiográfica (el 92 frente al 94%).

Los autores concluyeron que la AP sin psoriasis se caracteriza por espondilitis seronegativa, junto con dactilitis, afectación de IFD, una historia familiar de psoriasis y la presencia del HLA-CW6.

### Artritis psoriásica de comienzo tardío

La edad de inicio de la AP es aproximadamente la mitad de los 30 años, semejante a la descrita para la AR. Una edad de comienzo más tardía no es infrecuente, pero no se han descrito sus características clínicas.

López-Montilla et al<sup>28</sup> compararon 84 casos de AP de comienzo antes de los 60 años, con 12 casos de inicio después de esa edad. Las mayores diferencias entre los grupos fueron en la forma espondilítica, un 43% del grupo más joven tenía un patrón predominantemente axial, comparado con sólo un 17% en el grupo de mayor edad. La dactilitis se encontró en un 50% en el grupo joven y en un 25% en el grupo de mayor edad. La afectación de las uñas apareció en un 42% en el grupo joven y en un 58% en el grupo de mayor edad. El HLA-B27 fue positivo en un 8% de los jóvenes, mientras que no se encontró en el grupo de mayor edad.

Todos los pacientes se seleccionaron consecutivamente y cumplían los criterios de Moll y Wright. Este trabajo es una comparación original pero el pequeño número de pacientes lleva a alguna duda acerca de los resultados.

### Afección ósea: ¿nuevo modelo artropático?

Es evidente que probablemente hay otras formas de manifestación de esta enfermedad con afectación ósea

que podrían ser nuevos modelos artropáticos. La clasificación propuesta por Helliwell et al<sup>13</sup> introducen un tercer grupo de pacientes que se caracterizan por manifestaciones óseas extraarticulares (tabla 3), en este grupo se incluye al síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis).

Goupille et al<sup>29</sup> comunicaron que la osteoperiostitis de la falange distal del pulgar ocurre con más frecuencia en los pacientes con AP en relación con los pacientes con AR.

Boisseau-Garsaud et al<sup>30</sup> describen casos de onicopauquidermoperiostitis psoriásica (onicopatía, tumefacción de tejidos blandos de falange distal y periostitis sin artritis de IFD).

## Evaluación

Tenemos dificultades para realizar el diagnóstico y la clasificación, pero todavía más difícil nos resulta determinar qué se debe evaluar y cómo hacerlo.

### Actividad inflamatoria articular

Existen dudas acerca del recuento requerido para una buena valoración de la actividad inflamatoria articular. ¿Cuántas articulaciones debemos valorar?: ¿78, 76, 68? ¿Es necesario valorar 78 articulaciones? ¿Son suficientes 28? Éstas son preguntas que nos planteamos y que aún no tienen respuesta concreta. Dos estudios recientes<sup>31,32</sup> sobre pacientes con AP mostraron una muy buena correlación entre el recuento de 68 articulaciones para el dolor y 66 para la tumefacción con la valoración global por parte del médico y del paciente.

### Actividad inflamatoria axial

No tenemos, en la actualidad, un índice, un método o un instrumento de medida para la actividad inflamatoria axial. Una medida de evaluación puede ser el BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)<sup>33</sup>, ya que se establece buena correlación entre valores elevados de rigidez matutina, con patrones de enfermedad axial.

### Dactilitis

No hay validados instrumentos o métodos para medir la dactilitis, aunque el estudio de Clegg et al<sup>34</sup> y el estudio IMPACT<sup>35</sup> incorporan una medida de dactilitis reconociendo la presencia o ausencia de dolorimiento del dedo entero. Recientemente, Helliwell ha desarrollado un índice de dactilitis, sistema que no ha sido totalmente probado (comunicación personal, agosto de 2003).

## Entesitis

La entesitis es menos accesible para la valoración clínica que la sinovitis; por otro lado, pueden ser numerosos los lugares de inflamación de las entesis y, además, coinciden con puntos de dolor de la fibromialgia, por lo que su valoración puede confundirse si coexisten estas 2 condiciones en el mismo paciente<sup>36</sup>.

El instrumento más reciente desarrollado es el índice de Maastricht (MASES) para EA, que valora 13 localizaciones de entesis, con contenido adecuadamente validado y fiable.

## Enfermedad de la piel

No es posible recomendar ningún método de evaluación de psoriasis cutánea, aunque es razonable requerir al menos uno; el más usado, aunque presente desventajas, es el PASI<sup>37</sup>.

## Daño articular radiológico

Las medidas de daño articular en AP son adaptaciones de las medidas usadas en la AR. Los métodos de Steinbrocker modificados, el de Larsen y el de Sharp, son los más utilizados. Las modificaciones generalmente se han llevado a cabo para incluir articulaciones adicionales.

El método de Wassenberg et al<sup>38</sup> se ha desarrollado para indicar los cambios radiológicos específicos de la AP. El método consiste en 2 marcadores: uno de destrucción y otro de proliferación. El marcador de destrucción gradúa la articulación por la cantidad de destrucción de la superficie articular, y usa una escala de 6 puntos. El de proliferación añade la formación de hueso extra típico de la AP, en una escala de 5 puntos. Pero este método no ha sido validado en ensayos clínicos.

## Valoración funcional

El HAQ y el HAQ-S (modificado para espondiloartropatía) se usan en AP. Los 2 se correlacionan de forma similar con la valoración global por parte del paciente y del médico<sup>31</sup>, aunque la validez de estos instrumentos para medir la incapacidad física en esta población puede no ser completamente segura.

## Calidad de vida

El test recomendado es el cuestionario genérico de Calidad de vida relacionada con la salud de uso más extendido: el SF-36<sup>39</sup>.

Recientemente se ha publicado el PsAQoL<sup>40</sup>, cuestionario para medir específicamente calidad de vida en AP; es el primer cuestionario correctamente desarrollado, centrado en el paciente como medida específica de bienestar en AP, pero que no ha sido probado en ensayos clínicos.

## Futuro

No tenemos unos criterios diagnósticos totalmente validados para esta enfermedad, no contamos en la actualidad con una clasificación adecuada para ésta y tampoco tenemos claro lo que debemos evaluar y cómo evaluarlo; por ello, surgieron 2 grupos de trabajo formados por reumatólogos expertos: el CASPAR (Proyecto Internacional Multicéntrico para la Validación de los Criterios Diagnósticos para la Artritis Psoriásica) y el GRAPPA (Grupo de Investigación en la Evaluación de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica) son grupos de trabajo multicéntricos e internacionales, gracias a los cuales en un futuro próximo podremos dar respuesta a tantas preguntas e interrogantes acerca de esta entidad.

## Bibliografía

- Blumberg BS, Bunim JJ, Calkins E, Pirani CL, Zvaifler NJ. ARA nomenclature and classification of arthritis and rheumatism (tentative). *Arthritis Rheum.* 1964;7:93-7.
- Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheumatism.* 1973;3:55-78.
- Bennett MR. Psoriatic arthritis. En: Williams KJ, editor. *Arthritis and allied conditions. A textbook of rheumatology.* 13rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 229-44.
- Amor B. Usefulness of criteria for spondyloarthropathies. *J Bone Spine.* 2000;67:502-3.
- Oriente P, Biondi C, Scarpa R. Psoriatic arthritis. Clinical manifestations. *Baillière's Clin Rheumatol.* London: Baillière Tindall; 1994. p. 277-94.
- Olivieri I, Barozzi L, Pierro A, De Matteis M, Padula A, Pavlica P. Toe dactylitis in patients with spondyloarthropathy: assessment by magnetic resonance imaging. *J Rheumatol.* 1997;24:926-30.
- Salvarani C, Cantini F, Olivieri I, Macchioni P, Niccoli L, Padula A, et al. Isolated peripheral enthesitis and/or dactylitis: a subsets of psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1997;24:1106-10.
- Goupille P, Jeannou J, Roulot B, et al. *Rhumatisme psoriasique.* En: *Appareil locomoteur.* Encycl Méd Chir. Paris: Elsevier; 1997. p. 10.
- Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, et al. Psoriatic arthritis (PSA) an analysis of 220 patients. *QJ Med.* 1987;238:127-41.
- Torre Alonso JC, Rodríguez Pérez A, Arribas Castrillo JM, Ballina García J, Riestra Noriega JL, López Larrea C. Psoriatic arthritis: a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol.* 1991;30:245-50.
- Veale D, Rogers S, Fitzgerald O. Classification of clinical subsets in psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol.* 1994;33:133-8.
- Marsal S, Armadons-Gil L, Martínez M, Gallardo D, Ribera A, Lienve E. Clinical radiographic and HLA associations on markers for different patterns of psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38(4):332-7.
- Helliwell P, Marchesoni A, Peters M, Barker M, Wright V. A reevaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol.* 1991;30:339-44.
- Alonso JC, López-Longo FJ, Lampreave JL, González CM, González M, Almuquera I, et al. Different abdominal scintigraphy pattern in patients with ulcerative colitis, Crohn's disease and seronegative spondyloarthropathies. *Br J Rheumatol.* 1995;34:946-50.
- Schatteman L, Mielants H, Veys EM, Cuvelier C, De Vos M, Gyselsbrecht L, et al. Gut inflammation in psoriatic arthritis: a prospective ileocolonoscopy study. *J Rheumatol.* 1995;22:680-3.
- Helliwell P, Marchesoni A, Peters M, Barker M, Wright V. A reevaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol.* 1991;30:339-44.
- Kane D, Stafford L, Bresnihan B, FitzGerald O. A classification study of clinical subsets in an inception cohort of early psoriatic peripheral arthritis. "DIP or not DIP revisited". *Rheumatology.* 2003;42:1469-76.
- Helliwell P. Relationship of psoriatic arthritis with the other spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol.* 2004;16:344-9.
- Khan M, Schentag C, Gladman DD. Clinical and radiological changes during psoriatic arthritis disease progression. *J Rheumatol.* 2003;30:1022-6.
- Williamson L, Dockerty JL, Dalbeth N, et al. Clinical assessment of sacroiliitis and HLA-B27 are poor predictors of sacroiliitis diagnosed by magnetic resonance imaging in psoriatic arthritis. *Rheumatology.* 2004;43:85-8.
- Collantes E, Veroz R, Escudero A, Muñoz E, Muñoz MC, et al. Can some cases of "possible" spondyloarthropathy be classified as "definite" or "undifferentiated" spondyloarthropathy? Value or criteria for spondyloarthropathies. Spanish Spondyloarthropathy Study Group. *Joint Bone Spine.* 2000;67:516-20.
- Salvarani C, Cantini F, Olivieri I, Macchioni P, Niccoli L, Padula A, et al. Isolated peripheral enthesitis and/or dactylitis: a subsets of psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1997;24:1106-10.
- Eulry F, Diamano J, Launay D, Tabache F, Lechevalier D, Magnin J. Sausage-like toe and heel pain: value for diagnosing and evaluating the severity of spondyloarthropathies defined by Amor's criteria: a retrospective study in 161 patients. *J Bone Spine.* 2002;69:574-9.
- Oriente P, Biondi C, Scarpa R. Psoriatic arthritis. Clinical manifestations. *Baillière's Clin Rheumatol.* London: Baillière Tindall; 1994. p. 277-94.
- McGonagle D, Gibbon W, Emery P. Classification of inflammatory arthritis by enthesitis. *Lancet.* 1998;352:1137-40.
- Falsetti P, Frediani B, Fioravanti A, Acciai C, Baldi F, Filippou G, et al. Sonographic study of calcaneal entheses in erosive osteoarthritis, nodal osteoarthritis, rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Scand J Rheumatol.* 2003;32:229-34.
- Scarpa R, Cosentini E, Manguso F, Oriente A, Peluso R, Atteno M, et al. Clinical and genetic aspects of psoriatic arthritis "sine psoriasis". *J Rheumatol.* 2003;30:2638-40.
- López-Montilla MD, González J, Martínez FG, et al. Clinical features of late onset psoriatic arthritis. *Exp Gerontol.* 2002;37:441-3.
- Goupille P, Vedere V, Roulot B, Brunais J, Valat JP. Incidence of osteoperiostitis of the great toe in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1996;23:1553-6.
- Boisseau-Garsaud AM, Beylot-Barry M, Doutre MS, et al. Psoriatic onychopachydermo-periostitis: variant of psoriatic distal interphalangeal arthritis. *Arch Dermatol.* 1996;132:176-80.
- Ujfalussy I, Koo E. Measurement of disease activity in psoriatic arthritis. *Z Rheumatol.* 2003;62:60-5.
- Gladman DD, Farewell V, Buskila D, et al. Reliability of measurements of active and damaged joints in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1990;17:62-4.
- Taylor WJ, Harrison AA. Could the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) be a valid measure of disease activity in patients with psoriatic arthritis? *Arthritis Care Res.* En prensa. 2004.
- Goupille P, Reda DJ, Mejias E, Cannon GW, Weisman MH, Taylor T, et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis: a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Arthritis Rheum.* 1996;39:2013-20.
- Antoni C, Kavanaugh A, Kirkham B, et al. The infliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial (IMPACT) [abstract]. *Arthritis Rheum.* 2002;46:S381.
- Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, Van Tubergen A, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:127-32.
- Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica.* 1978;157:238-44.
- Wassenberg S, Fischer-Kahle V, Herborn G, Rau R. A method to score radiographic change in psoriatic arthritis. *Z Rheumatol.* 2001;60:156-66.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). *Med Care.* 1992;30:473-83.
- McKenna SP, Doward LC, Whalley D, Tennant A, Emery P, Veale DJ. Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:162-9.