



Aspectos comunes entre la espondilitis psoriásica y la espondilitis anquilosante

Rafael Ariza Ariza

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de diciembre de 2009

Aceptado el 10 de enero de 2010

On-line el 9 de febrero de 2010

Palabras clave:

Espondilitis anquilosante

Espondilitis psoriásica

Espondiloartropatías

Keywords:

Ankylosing spondylitis

Psoriatic spondylitis

Spondyloarthropathy

RESUMEN

En este artículo se revisan los principales aspectos comunes entre la espondilitis anquilosante y la espondilitis psoriásica. De dichos aspectos se discute fundamentalmente: concepto y enfoque diagnóstico, expresión clínica e impacto en los principales dominios de la enfermedad y enfoque terapéutico. Se concluye que existen suficientes argumentos para considerar que ambas entidades se encuadran dentro del mismo concepto de espondiloartritis axial.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Common aspects between psoriatic spondylitis and ankylosing spondylitis

ABSTRACT

In this article we review the common aspects between ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. These aspects are discussed at 3 fundamental levels: concept and diagnostic focus, clinical expression and impact the main domains of disease and therapeutic approach. It is concluded that there are enough arguments to consider both entities within the same concept of axial spondyloarthritis.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Las espondiloartritis (SpA) son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que presentan ciertas características comunes y tienen una prevalencia global estimada cercana al 2%. Entre ellas se incluyen la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (APs), la artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal, las artritis reactivas, la uveítis anterior aguda asociada al HLA-B27 y las SpA indiferenciadas. A continuación se exponen los principales argumentos que respaldan la existencia de aspectos comunes entre la espondilitis psoriásica y la EA.

Concepto y enfoque diagnóstico

El concepto actual de las SpA es integral y supone un proceso común de enfermar que puede manifestarse en distintas estructuras y órganos de la economía, incluidos el esqueleto axial (sacroilitis, espondilitis), el aparato locomotor periférico (con manifestaciones características como la artritis periférica, la

entesis y la dactilitis) y localizaciones extraarticulares intestinales (enfermedad inflamatoria intestinal), del tracto genitourinario (uretritis de las artritis reactivas), los ojos (uveítis anterior aguda) y la piel (psoriasis como manifestación principal aunque no única). Esa visión integradora de las SpA conlleva también un manejo integral en el que, por encima del diagnóstico de una enfermedad concreta, prima la identificación de la forma predominante de expresión de la SpA (axial, periférica o entesítica) y de la presencia o no de manifestaciones extraarticulares. En este sentido, los criterios de clasificación del Grupo Europeo para el estudio de las SpA¹ supusieron un primer paso en ese enfoque integrador y unitario. Igualmente, los criterios ASAS para diagnóstico y clasificación de la SpA axial y periférica, recientemente publicados^{2,3}, avanzan en la misma dirección, ya que encauzan el abordaje diagnóstico de las SpA, no ya hacia la identificación de una enfermedad concreta como EA o APs, sino de una forma de expresión característica (axial o periférica).

En este contexto, que se trate de psoriasis o no habría que interpretarlo como la ausencia/presencia de uno de los rasgos característicos de las SpA que puede estar presente tanto en las formas periféricas (con mayor frecuencia) como en las axiales. Por lo tanto, el enfoque integral antes citado constituye un primer

Correos electrónicos: rafariza@telefonica.net, rafariza@yahoo.com.

elemento que respalda que la espondilitis psoriásica y la EA representan una forma de expresión común de las SpA (espondiloartritis axial), la cual puede cursar con o sin psoriasis, al igual que puede cursar con o sin enfermedad inflamatoria intestinal o con o sin uveítis, por citar dos ejemplos.

Abundando en lo anterior, diferentes estudios se han ocupado de estimar la frecuencia de diferentes manifestaciones asociadas a la espondiloartritis axial⁴, y la prevalencia de psoriasis se estima en alrededor del 20%. Visto desde el punto de vista de la APs, considerada como entidad nosológica independiente y definida por los criterios CASPAR⁵, la prevalencia de formas predominantemente axiales es baja (5%), aunque la afección de sacroilíacas y/o columna vertebral lumbar puede estar en un 25 – 50% de los casos, mientras que la afección cervical puede llegar a ser algo más frecuente (60%)⁶. La asociación con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B27, aunque en general mucho más baja en la APs que en la EA, puede llegar a ser muy fuerte en los casos con sacroilitis bilateral⁶.

Tradicionalmente, se han descrito características diferenciales entre la afección axial de la APs y la de la EA. La pregunta que cabe plantearse es ¿hasta qué punto son relevantes esas diferencias? Ya hemos analizado cómo desde un punto de vista diagnóstico ambos procesos (espondilitis anquilosante y psoriásica) pueden encuadrarse en la espondiloartritis axial, la cual puede cursar con o sin psoriasis. Repasemos ahora el patrón de impacto en el paciente de la espondiloartritis axial con o sin psoriasis.

Expresión clínica e impacto en los principales dominios de enfermedad

REGISPONER es el registro nacional español de SpA⁷ y ofrece una buena oportunidad para este análisis. En el corte de abril de 2007 aparecían incluidos 622 pacientes con EA (mujeres, 22,7%; edad, $48,7 \pm 0,5$ años; duración de la enfermedad, $14,2 \pm 0,4$ años) y 45 con espondilitis psoriásica (mujeres, 24,4%; edad, $52,5 \pm 1,7$ años; duración de la enfermedad, $12,5 \pm 1,6$ años). En las tablas 1 y 2 aparece el análisis comparativo entre los grupos de pacientes con respecto a los dominios de actividad de la enfermedad, función física, daño estructural, movilidad espinal y calidad de vida relacionada con la salud. Como se observa, no hubo diferencias significativas para ninguna de las variables estudiadas, con excepción de la expansión torácica, que fue significativamente mejor en los pacientes con EA que en quienes tenían espondilitis psoriásica. Asimismo, la prevalencia de incapacidad laboral permanente fue similar en ambos grupos e incluso la frecuencia de positividad del HLA-B27, aunque ligeramente más alta en la EA (el 83,05 frente al 73,97% en la espondilitis psoriásica) no alcanzó significación estadística.

Tabla 1

Análisis comparativo de los pacientes con espondilitis anquilosante y espondilitis psoriásica en la base de datos de REGISPONER: actividad, función física y calidad de vida

Variable	EA (n=622)	EPSO (n=45)	p
BASDAI	$4,2 \pm 0,1$	$3,8 \pm 0,35$	0,3
EVA dolor	$4,3 \pm 0,1$	$4,0 \pm 0,4$	0,5
EVA dolor nocturno	$4,1 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,5$	0,5
PCR	$8,9 \pm 0,6$	$8,5 \pm 2,3$	0,9
Entesis	$0,3 \pm 0,02$	$0,2 \pm 0,06$	0,2
Articulaciones inflamadas	$0,3 \pm 0,05$	$0,1 \pm 0,05$	0,4
BASFI	$3,9 \pm 0,1$	$3,6 \pm 0,4$	0,5
ASQoL	$7,2 \pm 0,2$	$6,7 \pm 0,7$	0,5

ASQoL: Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; EA: espondilitis anquilosante; EPSO: espondilitis psoriásica; EVA: escala visual analógica; PCR: proteína C reactiva.

Tabla 2

Análisis comparativo de los pacientes con espondilitis anquilosante y espondilitis psoriásica en la base de datos de REGISPONER: medidas de movilidad espinal y daño estructural

Variable	EA (n=622)	EPSO (n=45)	p
Schober	$2,9 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,3$	0,7
Occipucio-pared	$5 \pm 0,25$	$4,8 \pm 0,8$	0,8
Flexión lateral	$21,2 \pm 0,8$	$24,2 \pm 3,4$	0,3
Rotación cervical	$68,8 \pm 0,3$	$71,1 \pm 1,2$	0,8
Expansión torácica	$3,6 \pm 0,1$	$2,9 \pm 0,3$	0,03
BASRI	$7,2 \pm 0,2$	$6,7 \pm 0,7$	0,5

BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index; EA: espondilitis anquilosante; EPSO: espondilitis psoriásica.

Análogamente, en una comparación entre pacientes con EA (n=103) y APs (n=46), Fernández-Sueiro et al⁸ no encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los dominios estudiados, aunque en ese estudio (que incluía a pacientes con formas periféricas de APs) el BASRI fue significativamente mayor en los pacientes con EA que en aquellos con APs ($8,1 \pm 4,3$ frente a $5,8 \pm 3,3$; $p=0,002$).

Por lo tanto, los datos anteriormente expuestos no encuentran diferencias importantes entre espondilitis anquilosante y psoriásica en cuanto a las principales variables de desenlace estudiadas, lo que corrobora la visión que considera ambos procesos como una espondiloartritis axial que puede cursar con o sin afección cutánea.

Aspectos terapéuticos

De acuerdo con el Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre terapia biológica en SpA⁹, los criterios para indicación de tratamiento anti-TNF en APs con afección predominantemente axial son similares a los aplicados en EA. Asimismo, las herramientas recomendadas para la valoración de actividad de la enfermedad y las normas para monitorizar el tratamiento anti-TNF son las mismas que para la EA. Por otro lado, las recomendaciones del Documento de Consenso distinguen entre formas axiales y periféricas, más allá de la presencia o no de psoriasis, la cual, como se ha dicho, suele asociarse más a las formas periféricas, aunque también puede estar presente en las formas axiales. Esto está en línea con los conceptos ya expuestos acerca de la expresión de las SpA.

En resumen, los argumentos que avalan que la espondilitis psoriásica y la EA representan una forma común de enfermar dentro de la SpA axial se apoyan en tres pilares básicos:

- El concepto de SpA axial, reconocido por los criterios ASAS para clasificación y diagnóstico. En esos criterios la presencia de psoriasis se cuenta entre los rasgos propios de SpA y, por lo tanto, el diagnóstico o la clasificación de la entidad SpA axial puede hacerse tanto en presencia como en ausencia de psoriasis.
- El patrón de expresión clínica y el impacto en diferentes dominios son similares, según los datos de REGISPONER y otros estudios.
- El tratamiento de la afección axial es similar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991;34:1218–27.
2. Rudwaleit M, Landewé R, Van der Heijde D, Listing J, Brandt J, Braun J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:770–6.
3. Rudwaleit M, Van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:777–83.
4. Vander Cruyssen B, Ribbens C, Boonen A, Mielants H, De Vlam K, Lenaerts J, et al. The epidemiology of ankylosing spondylitis and the commencement of anti-TNF therapy in daily rheumatology practice. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1072–7.
5. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2665–73.
6. Gladman DD. Axial disease in psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2007;9:455–60.
7. Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1309–15.
8. Fernández-Sueiro JL, Willisch A, Pértega-Díaz S, Tasende JA, Fernández-Lopez C, Galdo F, et al. Evaluation of ankylosing spondylitis spinal mobility measurements in the assessment of spinal involvement in psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009;61:386–92.
9. Collantes E, Fernández-Sueiro JL, García-Vicuña R, Gratacós J, Mulero J, Muñoz-Fernández S, et al. Actualización del consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de antagonistas del TNF alfa en las espondiloartritis, incluida la artritis psoriásica. *Reumatol Clin.* 2007;3(Supl 2):S61–71.