



Artritis psoriásica axial

José Luis Fernández Sueiro* y Eugenia González Díaz De Rábago

Servicio de Reumatología, INIBIC, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, La Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de diciembre de 2009

Aceptado el 15 de diciembre de 2009

On-line el 12 de febrero de 2010

Palabras clave:

Artritis psoriásica

Afección axial

Metrolología

Keywords:

Psoriatic arthritis

Axial involvement

Metrolology

RESUMEN

La afección espinal en la artritis psoriásica (APs) es un tema controvertido, a pesar de que no existen dudas desde el punto de vista clínico de la afectación espinal en la APs, actualmente no hay un consenso que permita definir la APs axial. En este trabajo se analizan los datos más recientes acerca de la clasificación, aspectos clínicos, de evaluación y terapia en la afección axial de la APs.

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

Axial psoriatic arthritis

ABSTRACT

Spinal involvement in PsA is a controversial issue. Currently, in spite of clinical recognition of axial involvement in axial PsA, there is a lack of consensus that impedes elaborating a definition for axial PsA. Recent advances in classification, clinical features, outcome measures and therapeutics are reviewed in this paper.

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

Definición

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad reumática compleja, los distintos patrones de afección articular y la presencia de diversas manifestaciones clínicas –como la entesitis, la dactilitis y la afección cutánea y ungueal– contribuyen a crear una enorme dificultad para realizar una evaluación clínica precisa de la APs^{1,2}.

Los criterios CASPAR (ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis)³, desarrollados con el ánimo de alcanzar un consenso en la clasificación de la APs, presentan ciertas dificultades a la hora de definir aspectos conceptuales de la enfermedad. Para que un paciente pueda ser clasificado dentro del grupo de la APs, debe haber una enfermedad inflamatoria articular, ya sea de las articulaciones, la columna o las entesis, y además debe alcanzar al menos tres puntos entre otras cinco categorías. Sin embargo, en estos criterios existe un problema de definición acerca de lo que se debe considerar enfermedad inflamatoria articular.

En cuanto a las articulaciones periféricas, es posible que se pueda alcanzar un consenso general acerca de lo que los especialistas consideran una artritis periférica; sin embargo, desde luego hay dificultades para definir qué se puede considerar afección espinal o entesítica en los pacientes con APs.

La presencia de afección espinal en la APs fue reconocida hace más de 80 años⁴. Esta afección, además, es uno de los cinco patrones clásicos de afección articular en la APs. A pesar de los intentos realizados por diversos investigadores para definir la afección espinal en la APs, en la actualidad no hay un consenso que permita una definición apropiada. Teniendo en cuenta estas consideraciones, puede estimarse que la prevalencia de afección espinal en la APs (APsax) oscila entre el 25 y el 70% de los casos, disparidad debida a los distintos criterios utilizados para su definición⁵⁻⁷.

Para poder definir la APsax habrá que tener en cuenta, al menos desde el punto de vista clínico, la presencia de síntomas y signos de la enfermedad y considerar si éstos son suficientes por separado o, por el contrario, se debería considerarlos en conjunto. Desde el punto de vista sintomático, para definir la APsax habrá que tener en cuenta si el dolor espinal inflamatorio es suficiente para considerar una afección espinal en estos pacientes. Desde el punto de vista radiológico, habrá que tener en cuenta las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: L.sueiro@canalejo.org (J.L. Fernández Sueiro).

peculiaridades de la afección espinal de la APsax; de esta manera habrá que definir cuál es el «peso» de la afección y los grados radiológicos de las articulaciones sacroilíacas; también será necesario clarificar cuál es el significado de la presencia de sindesmofitos en la columna con articulaciones sacroilíacas no afectadas⁸.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, parece razonable definir la APsax mediante la presencia de síntomas espinales (dolor lumbar de características inflamatorias) más la presencia de sacroilitis radiológica (queda por determinar el grado de afección sacroilíaca). Un trabajo reciente del grupo de Toronto demuestra que la clasificación radiológica puede ser suficiente para la definición de la APsax. En este trabajo se demuestra además, en los pacientes con APsax, una mejoría de los síntomas con el paso del tiempo (no es posible establecer hasta qué punto el tratamiento interviene en esta mejoría) acompañada de un deterioro radiológico. Este deterioro radiológico se acompaña de un deterioro de la movilidad espinal y una limitación de la función física de los pacientes⁹.

Características clínicas

Pese a que no hay datos en la literatura, es común la creencia de que la APsax no es más que una espondilitis anquilosante (EA) en un paciente con psoriasis. Sin embargo, diversos trabajos publicados demuestran de forma consistente que los pacientes con APsax presentan una serie de características distintas a los pacientes con EA; el inicio de la enfermedad es a una edad más tardía que el de la EA; en la mayoría hay artritis periférica y la asociación al HLA-B27 es considerablemente más baja (27–58%, según diversas series^{10–14}). Teniendo en cuenta estos datos clínicos y genéticos, parece razonable pensar que la gran mayoría de los pacientes con APsax presentan una enfermedad distinta de la EA.

Enfermedad no dolorosa

Una de las características singulares de la APs es lo que se podría denominar «enfermedad no dolorosa» o clínicamente asintomática. Independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad y de si hay afección periférica o axial, un número indeterminado de pacientes con APs tienen alteraciones estructurales radiológicas que denotan una inflamación subclínica; incluso hay pacientes con enfermedad erosiva que nunca han sufrido síntomas^{13,15,16} (observaciones no publicadas). Estos datos plantean un problema clínico no resuelto, en los pacientes con APsax se produce con el tiempo una progresión del daño radiológico que ocasiona una disminución en la función física; por lo tanto, será necesario definir cuál es el significado de la enfermedad no dolorosa. En la EA la resonancia magnética (RM) ha permitido definir la inflamación y la respuesta a la terapia tanto en las articulaciones sacroilíacas como en la columna^{17,18}. En la APs la escasez de estudios mediante RM no permite establecer si la enfermedad asintomática se traduce en una ausencia de inflamación ósea o, por el contrario, existe una inflamación ósea activa que no se traduce en síntomas.

Medidas de evaluación en la APsax

Tradicionalmente se ha considerado subjetivamente que los pacientes con afección espinal en la APs podrían ser evaluados con los mismos instrumentos que en la EA; sin embargo, no ha sido hasta recientemente que se ha podido demostrar esta presunción.

El estudio INSPIRE (International Spondyloarthritis Interobserver Reliability Exercise)¹⁹ y los trabajos realizados por nuestro grupo¹¹ han permitido demostrar que las medidas utilizadas para la evaluación de la movilidad espinal en la EA son fiables y reproducibles para la evaluación de la afección espinal en la APsax. Estas medidas, además, son capaces de discriminar entre la afección espinal y la periférica en la APs. De esta manera, si hay afección espinal en la APs al menos en el test de Schober modificado, se debería utilizar la flexión lumbar lateral y la rotación cervical en la evaluación habitual de estos pacientes.

Medición de la actividad de la APsax

Uno de los aspectos más importantes en las enfermedades reumáticas es la evaluación de la actividad de la enfermedad. Medir la actividad de la enfermedad es un aspecto relevante, puesto que permite tomar decisiones terapéuticas y medir la respuesta de la intervención terapéutica. Teniendo en cuenta la aparente similitud de la APsax con la EA, se ha propuesto utilizar al BASDAI para medir la actividad de la enfermedad. Sin embargo, diversos trabajos que analizaron la validez del BASDAI para evaluar la actividad de la enfermedad en la APsax, no han podido demostrar que el BASDAI pueda ser un instrumento útil como en la EA^{20,21}. Aunque no hay consenso aceptado para la definición de la APsax, cuando se evalúa el comportamiento del BASDAI en pacientes con APsax (clasificados incluso mediante los criterios modificados de Nueva York para la EA), se observa que es similar tanto en la afección espinal como en la periférica. El BASDAI se correlaciona por igual, independientemente de la afección articular, con otras medidas subjetivas de actividad de la enfermedad, como la valoración general de la enfermedad por el médico y el paciente y el dolor nocturno y general espinal durante la última semana. Por otro lado, tampoco presenta una adecuada sensibilidad al cambio al evaluar los cambios en la terapia teniendo en cuenta criterios de «alta» o «baja» actividad de la enfermedad.

Tratamiento de la APsax

La terapia biológica ha constituido en los últimos años un avance en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas inflamatorias. Diversos ensayos clínicos han demostrado la utilidad de los fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF) en el tratamiento de la APs²². El etanercept, el infliximab y el adalimumab han demostrado ser eficaces en la mejoría de la actividad de la enfermedad, la función física y la calidad de vida tanto en monoterapia como en combinación con el metotrexato en la APs.

Sin embargo, a pesar de estos buenos resultados, se desconoce cuál es su grado de eficacia en la APsax. El 4% de los pacientes del ensayo clínico realizado con el etanercept presentaban afección espinal, mientras que en el de adalimumab tan sólo el 0,7% presentaba espondilitis; no hay información en el ensayo clínico del infliximab. En el reciente ensayo clínico realizado con golimumab, un 10–12% de los pacientes presentaban afección espinal, pero no se informa de la respuesta o de las medidas utilizadas para evaluar la afección espinal en estos pacientes²³.

Actualmente aunque se asume que los fármacos biológicos son eficaces en el tratamiento de la afección espinal en la APs, no existe ningún estudio en el que se evalúe su eficacia en pacientes con APsax²⁴.

Conclusiones

Aunque no hay consenso acerca de cuál es la mejor manera de definir a la afección espinal en la APs, datos recientes indican que la presencia de afección radiológica (sacroilitis) más síntomas espinales puede ser suficiente para su definición. Aunque aparentemente similares, la APsax presenta características diferenciales respecto a la EA, se presenta a una edad tardía, el componente periférico casi siempre está presente y la asociación al HLA-B27 es menor. Las medidas metrológicas que se utilizan en la EA son adecuadas para la evaluación de la APsax, pero el BASDAI no parece un instrumento útil para evaluar la actividad de la enfermedad. Estos datos señalan a la necesidad de desarrollar un nuevo índice para su evaluación. Aunque se asume que los fármacos inhibidores del TNF son eficaces en la APsax, no hay evidencia que justifique esta presunción. En los próximos años será necesario evaluar de manera más adecuada mediante RM la afección espinal en la APsax; también será necesario desarrollar estudios tanto genéticos como de biomarcadores que permitan definir de una manera más precisa la APsax. Con los datos disponibles en la actualidad, se deberá evaluar sistemáticamente a los pacientes con APsax en la clínica con al menos diversas medidas metrológicas de afección espinal.

Financiación

Este trabajo fue financiado con una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias, España (FIS 08/0789).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gladman D, Mease P, Healy P, Helliwell P, Fitzgerald O, Cauli A, et al. Outcome measures in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2007;34: 1159–6.
- Fernandez-Sueiro JL. The challenge and need of defining axial psoriatic arthritis [editorial]. *J Rheumatol.* 2009;36:2633–4.
- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, the CASPAR study group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2665–73.
- Wright V. Psoriasis and arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1956;15:348–53.
- Hanly J, Russell M, Gladman D. Psoriatic spondyloarthritis: a long term prospective study. *Ann Rheum Dis.* 1988;47:386–93.
- Lambert J, Wright V. Psoriatic spondylitis: a clinical and radiological description of the spine in psoriatic arthritis. *Q J Med.* 1977;46:411–25.
- Battistone M, Manaster B, Reda D, Clegg D. The prevalence of sacroiliitis in psoriatic arthritis: new perspectives from a large multicenter cohort. A department of veterans affair cooperative study. *Skeletal Radiol.* 1999;28:196–201.
- Gladman DD. Axial disease in psoriatic arthritis. *Curr Rheumatol Rep.* 2007;9:455–60.
- Chandran V, Barret J, Schentag C, Farewell V, Gladman D. Axial psoriatic arthritis: update on a long term prospective study. *J Rheumatol.* 2009;36: 2744–2750.
- Gladman D, Brubacher B, Buskila D, Langevitz P, Farewell V. Differences in the expression of spondyloarthritis: a comparison between ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Clin Invest Med.* 1993;16:1–7.
- Fernández-Sueiro JL, Willis A, Pêrttega Díaz S, Pinto Tasende JA, Fernández 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.
- Gladman D, Brubacher B, Buskila D, Langevitz P, Farewell V. Psoriatic spondyloarthritis in men and women: a clinical, radiographic and HLA-study. *Clin Invest Med.* 1992;15:371–5.
- Queiro R, Belzunegui J, González C, De Dios J, Sarasqueta C, Torre J, et al. Clinically asymptomatic axial disease in psoriatic spondyloarthritis. A retrospective study. *Clin Rheumatol.* 2002;21:10–3.
- Williamson L, Dockerty J, Dalbeth N, Mc Nally E, Ostlere S, Wordsworth B. 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.
- Scarpa R, Cuocolo A, Peluso R, Attenu M, Gissoni P, Lervolino S, et al. Early psoriatic arthritis: the clinical spectrum. *J Rheumatol.* 2008;35:137–41.
- Palazzi C, D'Agostino L, D'Amico E, Pennese E, Petricca A. Asymptomatic erosive peripheral arthritis: a frequent finding in Italian patients. *Rheumatology (Oxford).* 2003;42:909–11.
- Braun J, Bollow M, Eggens U, König H, Distler A, Sieper J. Use of dynamic magnetic resonance imaging with fast imaging in the detection or early and advanced sacroiliitis in spondyloarthritis patients. *Arthritis Rheum.* 1994;37:1039–45.
- Baralakis X, Davis J, Tsuji W, Braun J. Magnetic resonance imaging examinations of the spine in patients with ankylosing spondylitis before and after therapy with the tumor necrosis factor alpha receptor fusion protein etanercept. *Arthritis Rheum.* 2005;52:1216–23.
- Gladman DD, Inman RD, Cook RJ, Van der Heijde D, Landewé RB, Braun J, et al. International spondyloarthritis interobserver reliability exercise- the INSPIRE study: I. Assessment of spinal measures. *J Rheumatol.* 2007;34:1733–9.
- 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 Rheum.* 2004;51:311–5.
- Fernández-Sueiro JL, Willis A, Pêrttega-Díaz S, Pinto Tasende JA, Fernández-López JC, Oreiro Villar N, et al. Validity of the BASDAI for the evaluation of disease activity in axial psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum.* 2010;62:78–85. [en prensa].
- Mease P. Biological agents in psoriatic arthritis. En: Ritchlin C, Fitzgerald O, editores. *Psoriatic and reactive arthritis.* Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007. p. 102–13.
- Kavanaugh A, McInnes I, Mease P, Krueger GG, Gladman D, Gomez-Reino J, et al. Golimumab a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis twenty four week efficacy and safety results of a randomized placebo controlled study. *Arthritis Rheum.* 2009;60:976–86.
- Nash P. Therapies for axial disease in psoriatic arthritis. A systematic review. *J Rheumatol.* 2006;33:1431–4.