



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



I CONGRESO DE PSORIASIS-GPs

Bloque 3: Talleres y Reunión del Grupo Español de Psoriasis

P. Coto Segura

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Universidad de Oviedo, Oviedo, España

Introducción

Los objetivos de este taller son resaltar la importancia del reconocimiento precoz de la artritis psoriásica (APs), proporcionar al asistente una serie de claves para el reconocimiento temprano de la APs y de sus distintas manifestaciones, realizar una discusión crítica de los distintos cuestionarios de cribado de la APs, introducir algoritmos de manejo de las distintas manifestaciones de la APs y, finalmente, revisar las últimas recomendaciones GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) y EULAR (European League against Rheumatism) de tratamiento de la APs.

Manejo práctico de la artritis psoriásica por el reumatólogo

El Dr. Rubén Queiro, reumatólogo, señala que la APs es una entidad con gran pleomorfismo clínico, lo que llega a suponer un verdadero reto tanto para su diagnóstico como para su manejo terapéutico. La APs, por otra parte, pone en riesgo las capacidades funcionales del paciente y, junto con la psoriasis cutánea, incrementa notablemente el riesgo cardiovascular (CV) de esta población. La mayoría de pacientes con APs tiene psoriasis en el momento del diagnóstico, lo que sitúa al dermatólogo en la punta de lanza del manejo

global de la APs. Por ello es importante que los dermatólogos se acostumbren a realizar un cribado de APs en sus pacientes con psoriasis, e incluso que inicien las primeras medidas terapéuticas antes de la evaluación reumatológica final.

Algunas estimaciones sostienen que la incidencia de la APs ha estado creciendo en las últimas décadas. Se cree que del 2 al 4% de los psoriásicos desarrollan artritis cada año; sin embargo, los datos de la encuesta MAPP realizada en diversos centros de Europa y Norteamérica arrojan datos preocupantes. Así, se estima que en la actualidad los pacientes con APs sufren un retraso diagnóstico promedio de 5 años, y el 22% de los pacientes con APs en Europa no ha sido visto en el último año por ningún médico general, dermatólogo o reumatólogo.

Por otro lado, algunos estudios nos dicen que un retraso diagnóstico ≥ 6 meses se asocia de modo significativo a peores desenlaces desde el punto de vista estructural (más erosiones, más afectación axial y formas mutilantes), funcional (peor HAQ [Health Assessment Questionnaire]) y rebaja sensiblemente las expectativas de éxito terapéutico con terapias biológicas o la posibilidad de una remisión libre de fármaco. De ser ciertas estas estimaciones, ese retraso diagnóstico conlleva un notable encarecimiento de la atención que los sistemas sanitarios proveen a esta población, fundamentalmente por el crecimiento exponencial de los gastos indirectos ligados a un HAQ elevado.

Correo electrónico: pablocotosegura@gmail.com

Por tanto, los dermatólogos deben estructurar sus estrategias para reconocer de modo precoz al paciente con APs. Esto pasa por:

- Utilizar cuestionarios de cribado (PASE, TOPAS, PEST, etc.): desgraciadamente, ni la sensibilidad ni la especificidad de estas herramientas se ha visto corroborada en los estudios de validación externos (estudio CONTEST).
- Emplear estrategias de abordaje conjunto dermatológicas-reumatológicas: en la actualidad no hay ningún modelo validado que sea superior al otro (consultas en paralelo, consultas conjuntas, circuitos preferenciales, sesiones, etc.).
- Aumentar las habilidades clínicas y diagnósticas: saber diferenciar un dolor inflamatorio de uno mecánico, resaltar el papel etiológico y fenotípico del HLA-B27, rentabilizar las técnicas de imagen (sobre todo la ecografía y, en menor medida, la resonancia magnética).
- Reconocer las distintas manifestaciones clínicas y de presentación de la APs: dactilitis, entesitis, artritis axial, artritis periférica.

Es recomendable que las consultas de dermatología se implementen con algoritmos sencillos de derivación al reumatólogo.

- Artritis periférica: test de *squeeze*/Poullison, rigidez articular > 30 min, dolor inflamatorio. Con 2 de los 3 criterios es razonable enviar al paciente a un reumatólogo para confirmar/descartar el diagnóstico.
- Artritis axial: raquialgia crónica en personas ≤ 45 años, HLA-B27 (en pacientes con raquialgia inflamatoria, la presencia de este marcador eleva a dos tercios la sensibilidad diagnóstica para espondiloartritis).
- Entesitis: dolor en miembros inferiores, palpación de polo superior e inferior de rótula, palpación de tuberosidad tibial, de entesis aquilea y fascia plantar.
- Dactilitis: enseñar una foto de un dedo dactilítico y preguntar por dedo en salchicha.

En el apartado terapéutico, no hay duda de la importancia que tienen y tendrán tanto las terapias biológicas como las nuevas moléculas orales pequeñas. Los nuevos biológicos para APs (bloqueadores IL-23 e IL-17) y los inhibidores de PDE4 (apremilast) están llamados a jugar un papel creciente en el abordaje de estos pacientes. No obstante, su nicho en las nuevas guías y recomendaciones de tratamiento EULAR y GRAPPA no está del todo claro, pues todos los biológicos se sitúan en un mismo plano en las guías GRAPPA, pero los iTNF siguen teniendo un papel preponderante en las EULAR. Por otra parte, las guías GRAPPA siguen recomendando un abordaje por dominios (artritis periférica, axial, dactilitis, entesitis, piel y uñas), mientras que las EULAR establecen un algoritmo guiado por la presencia de los llamados factores de pronóstico adverso.

Manejo práctico del síndrome metabólico por el endocrinólogo

La Dra. Cristina Colom, endocrinóloga, comenzó realizando una introducción de la prevalencia del síndrome metabólico

en general y, concretamente, en la psoriasis y su importancia. Continuó con la presentación de un caso clínico ilustrativo en el que se desarrollaron los criterios diagnósticos del síndrome metabólico y cómo determinar cada uno. En la parte de manejo práctico se trató el manejo de las alteraciones de la glucemia, de las alteraciones lipídicas y de la hipertensión asociada a síndrome metabólico.

Posteriormente se pasó a la parte de manejo de los distintos aspectos. Se trató el manejo de la cintura de riesgo-obesidad mediante dietas recomendadas como:

- Dieta mediterránea.
- Dieta DAHS (*dietary approaches to stop hypertension*).
- Dieta basada en el índice glucémico de los alimentos.
- Dieta rica en fibra.

En el apartado de conclusiones se pone en valor el riesgo aumentado de los pacientes con psoriasis y la necesidad de conocimiento de estos aspectos por los dermatólogos especializados en el manejo de la psoriasis.

Manejo del riesgo cardiovascular en el paciente con psoriasis

El Dr. Carlos Gujjarro, especialista en medicina interna, inicia el taller recordando que la psoriasis, más allá de ser una afección de la piel, es reconocida como un trastorno inflamatorio sistémico. En los últimos años hemos asistido también al reconocimiento de la arteriosclerosis como un trastorno sistémico con componentes inflamatorios, en muchos aspectos análogos a los de la psoriasis.

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado una clara asociación entre la psoriasis y la morbimortalidad CV. Por otro lado, los pacientes con psoriasis presentan con frecuencia varios factores de riesgo vascular: hipertensión, obesidad, dislipemia, etc. Sin embargo, tras ajustar por los factores de riesgo clásicos, resulta evidente que los pacientes con psoriasis siguen exhibiendo un incremento de riesgo de complicaciones CV. Si bien los mecanismos por los que la psoriasis se asocia a un aumento del riesgo vascular no están claramente dilucidados, la activación inflamatoria característica de la psoriasis podría explicar, al menos en parte, el exceso de riesgo vascular de los pacientes con psoriasis.

Estudios epidemiológicos estiman que el riesgo vascular de los pacientes con psoriasis se incrementa en torno al 20% en pacientes con afección leve y en torno al 50% en pacientes con actividad inflamatoria franca. En tal sentido, diversos consensos de sociedades científicas (American Heart Association, European Atherosclerosis Society, European Society of Cardiology) recomiendan tener en cuenta esta circunstancia a la hora de valorar el riesgo vascular de estos pacientes, pero no especifican cómo se ha de realizar esta valoración.

Por el contrario, las guías británicas de riesgo vascular introducen en la calculadora de riesgo vascular un factor de incremento en caso de enfermedades inflamatorias sistémicas como la artritis reumatoide y la psoriasis (QRISK2; JBS3). Del mismo modo, la EULAR propone un factor de corrección, incrementando un 50% el riesgo vascular calculado a partir de las calculadoras habituales.

Adicionalmente, el empleo de fármacos clásicos antiinflamatorios (AINE y esteroides) se asocia con un aumento del

riesgo vascular. Por el contrario, tanto el metotrexato como los inhibidores de la acción del TNF parecen asociarse a una reducción del riesgo vascular, quizás expresando su eficacia en el control de la inflamación.

Desgraciadamente, no disponemos de ensayos clínicos aleatorizados que indiquen el grado de eficacia de las principales medidas de control de riesgo vascular en pacientes con psoriasis, por lo que, en general, las recomendaciones se limitan a valorar la indicación de tratamiento con estatinas en sujetos considerados de riesgo elevado. Por otro lado, un factor determinante de la estimación de riesgo es la edad de los pacientes, con lo cual muchos de ellos tienen un riesgo absoluto a corto plazo relativamente bajo, pero un riesgo vascular muy elevado a medio-largo plazo. Esta consideración está incluida de modo genérico en las reco-

mendaciones británicas y norteamericanas como factor modulador que puede favorecer la intensidad o precocidad del tratamiento hipolipemiante.

Finalmente, hay muchos pacientes con psoriasis cuyo único contacto habitual con médicos o el sistema sanitario es a través de su dermatólogo. En muchos casos, esta es la mejor oportunidad de valorar el riesgo vascular de estos pacientes o al menos de alertarles de esta circunstancia y remitirlos para una valoración específica en consultas con experiencia en la valoración del riesgo vascular de pacientes complejos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.