



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Unidades psoriasis-artritis: 3 años después

Psoriasis-Arthritis Units: Three Years on

A. López-Ferrer^{a,*} y A. Láiz-Alonso^b



^a Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Desde la incorporación de la psoriasis en los criterios Caspar¹ publicados en 2006 para la clasificación de la artritis psoriásica, es prácticamente imprescindible la confirmación del diagnóstico de psoriasis por parte de un dermatólogo con el fin de que el reumatólogo pueda asimismo confirmar el diagnóstico de artritis psoriásica en un paciente con una artritis en estudio. Esto es especialmente importante en aquellos casos en los que la clínica cutánea es distinta a las formas más comunes, como la psoriasis en placas, que son fáciles de reconocer para un reumatólogo dedicado al diagnóstico y tratamiento de la artritis psoriásica. En cambio, formas más raras y de mayor dificultad diagnóstica, como la psoriasis invertida, la psoriasis del cuero cabelludo, la psoriasis pustulosa, o la psoriasis ungueal requieren de la participación de un dermatólogo especializado en el manejo de la psoriasis para su confirmación.

Por otro lado, la aparición de un abanico de tratamiento cada vez más amplio para ambas especialidades hace necesaria la colaboración entre reumatólogos y dermatólogos, con el fin de decidir la mejor opción terapéutica para cada paciente, aunque la verdadera necesidad de crear unidades de colaboración entre reumatólogos y dermatólogos de un mismo hospital surge con la finalidad de mejorar la detección precoz de la afección articular en los pacientes con psoriasis.

Una de las motivaciones básicas de estas consultas es la de confirmar el diagnóstico de psoriasis en pacientes con síntomas articulares, o realizar el diagnóstico de artritis en un paciente con psoriasis. Si tenemos en cuenta que en la

mayoría de casos la psoriasis suele aparecer con anterioridad a la artritis hasta en un 80% de los pacientes, es probable que a los pacientes con psoriasis controlados por un dermatólogo les aparezcan síntomas articulares en un momento dado de la evolución de su enfermedad cutánea. En este sentido, el papel del dermatólogo especializado en psoriasis es clave en la realización del cribado de la artritis psoriásica y el diagnóstico en aquellos casos de presentación clásica. Con esta finalidad, un dermatólogo especializado en psoriasis debe realizar una anamnesis dirigida y una exploración física básica en aquellos casos en los que se sospecha una artritis psoriásica, y en aquellos casos de mayor dificultad diagnóstica se debe realizar la derivación precoz del paciente al reumatólogo^{2,3}. En los últimos años se ha producido una mayor sensibilización de los dermatólogos que trabajamos con pacientes con psoriasis en cuanto a la sospecha y cribado de síntomas articulares en nuestros pacientes. A su vez, esta mayor implicación ha hecho también posible la colaboración conjunta en forma de unidades formadas por dermatólogos y reumatólogos. Por otro lado, aunque los dermatólogos que trabajamos de forma estrecha con reumatólogos estamos sensibilizados para la detección precoz de artritis en nuestros pacientes con psoriasis, existen estudios que demuestran una baja capacidad para detectar enfermedad articular en nuestra especialidad^{4,5}, lo que requiere una colaboración estrecha de ambas especialidades para no retrasar el diagnóstico de artritis en un paciente con psoriasis.

Además, los cuestionarios para la detección de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis (PASE, TOPAs, PEST, EARP) han demostrado tener más limitaciones de las esperadas inicialmente⁶, por lo que su uso ha quedado relegado a un segundo plano en la actualidad. Este hecho hace más necesaria aún la colaboración estrecha entre especialidades.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alopezfe@santpau.cat (A. López-Ferrer).

Por otro lado, otro de los objetivos que motivan la formación de estas consultas es el de consensuar el tratamiento en pacientes con psoriasis y artritis que no están controlados en alguno o varios de los dominios de la enfermedad.

Las primeras consultas formadas por dermatólogos y reumatólogos se iniciaron en EE. UU. con un modelo de consulta distinto al iniciado en nuestro país. Según Vélez et al. las unidades establecidas en EE. UU. se basan en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con artritis psoriásica abarcando todos los aspectos que puede implicar la enfermedad, incluyendo así múltiples especialistas de cada una de las especialidades implicadas, no solamente dermatólogos y reumatólogos. De este modo, estas primeras unidades se establecieron a modo de auténticas unidades multidisciplinarias para el manejo de una enfermedad concreta que es la artritis psoriásica⁷.

Aunque en nuestro país no se ha realizado ningún estudio descriptivo que incluya un número representativo de hospitales y que nos permita obtener conclusiones sobre la situación actual de las consultas *derma-reuma* en nuestro país, existen algunos artículos publicados sobre algunas de las consultas establecidas⁸⁻¹⁰. Las primeras consultas estaban basadas en el modelo de consulta de alta eficiencia, con un elevado número de primeras visitas respecto a visitas sucesivas, de modo que en una o pocas consultas el problema era resuelto y el paciente era devuelto de nuevo al reumatólogo o dermatólogo de referencia del paciente. Estas consultas son especialmente útiles para el diagnóstico precoz de la enfermedad articular en pacientes con psoriasis, así como para confirmar el diagnóstico de psoriasis en pacientes con artritis, y también para iniciar el tratamiento más adecuado en cada caso. Ahora bien, no son un buen modelo de atención para pacientes complejos o con baja tasa de respuesta a varias líneas de tratamiento.

De este modo, la evolución natural de estas consultas ha sido la de centrarse en el manejo de pacientes complejos, tanto por la evolución de su psoriasis o su artritis psoriásica, incluyendo aquellos pacientes que por su naturaleza o comorbilidades no responden a los tratamientos convencionales y precisan del manejo por parte de expertos de ambas especialidades, a menudo durante varias visitas sucesivas hasta que se consigue el control de la enfermedad.

En gran número de casos la complejidad viene determinada por la gravedad de la psoriasis o la artritis, tratándose de pacientes que a menudo responden parcialmente a una o a ambas enfermedades y requieren de un abordaje con colaboración estrecha de ambos especialistas, con el fin de ajustar el tratamiento para que la afectación cutánea y articular estén controladas de forma simultánea el máximo de tiempo posible.

El manejo y seguimiento de pacientes complejos pone de manifiesto una correlación muy clara entre la complejidad del paciente y su grado de comorbilidad. De este modo, los pacientes con psoriasis, especialmente con psoriasis moderada-grave tienen una comorbilidad asociada, sobre todo a nivel cardiovascular¹¹⁻¹⁴. Así, es sabido que los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica tienen un riesgo más elevado de enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico; como médicos y coordinadores de su enfermedad debemos remitirlos a los especialistas relacionados en cada caso. Por todos es conocida también la influencia de la obesidad y el síndrome metabólico en la psoriasis y

artritis psoriásica, y sobre todo su falta de respuesta a los tratamientos sistémicos convencionales y biológicos¹⁵.

Si la psoriasis es un factor de riesgo cardiovascular independiente quizás deberíamos implicar en nuestras consultas multidisciplinarias a médicos de otras especialidades como medicina interna, endocrinología, cardiología, o establecer una comunicación más estrecha con el equipo de atención primaria relacionado con nuestro centro. Los dermatólogos estamos en una buena situación de mejorar la psoriasis, pero también tenemos la oportunidad de detectar niveles inadecuados de lípidos en sangre, glucemias elevadas de forma persistente o perímetros abdominales elevados que incrementan el riesgo cardiovascular individual de la psoriasis de forma exponencial. Si tenemos en cuenta la elevada prevalencia de la psoriasis y la artritis psoriásica, la participación del dermatólogo y el reumatólogo podría tener un impacto importante en la reducción del riesgo cardiovascular en nuestro entorno.

Otra de las especialidades médicas que se encuentra estrechamente relacionada con la reumatología y la dermatología es la del especialista en hepatología, ya que gran parte de nuestros pacientes tienen una comorbilidad hepática asociada, debida principalmente a la presencia de un hígado graso asociado¹⁶ que precisa de la colaboración del digestólogo para seguimiento y control de su enfermedad hepática.

Por otro lado, la colaboración con digestólogos está también justificada por los pacientes que además de psoriasis y artritis psoriásica tienen enfermedad inflamatoria intestinal (EII)¹⁷. En este sentido, el abordaje terapéutico implica a las 3 especialidades, y teniendo en cuenta que el arsenal terapéutico es más reducido en la EII y sus pacientes entrañan a menudo mayor gravedad, es importante la coordinación entre las 3 especialidades para no agotar líneas de tratamiento en estos pacientes. Además, en los pacientes con EII es relativamente frecuente la aparición de reacciones paradójicas, sobre todo en forma de psoriasis, de forma secundaria al uso de fármacos biológicos que son indicados para tratar su enfermedad intestinal¹⁸. Estas reacciones cutáneas suelen ser de poca gravedad y autolimitadas, pero hay ocasiones en las que la reacción paradójica, a menudo en forma de psoriasis pustulosa generalizada, puede requerir el uso de fármacos sistémicos adicionales o el cambio a otro fármaco biológico para controlar dicha reacción. En estos casos la participación entre las diferentes especialidades implicadas pone de manifiesto un mejor resultado terapéutico sin agotar líneas terapéuticas de forma precipitada.

En el momento actual el mejor conocimiento de la fisiopatología de la artritis psoriásica y sus comorbilidades pone de manifiesto la necesidad de crear verdaderas unidades multidisciplinarias, posiblemente coordinadas por las actuales unidades *derma-reuma*, con la colaboración de otros especialistas según las necesidades de cada centro.

Por otro lado, no tenemos evidencia de cómo se está realizando la colaboración entre dermatólogos y reumatólogos en nuestro país, ya que disponemos de información centrada en un número muy reducido de hospitales. Además, en este estudio se han incluido centros donde los 2 especialistas ni siquiera visitan de manera simultánea en la misma consulta, por lo que no pueden considerarse verdaderas unidades *derma-reuma*.

De todos modos, esta observación no implica que la creación de unidades *derma-reuma* sea el único modelo de colaboración entre las 2 especialidades, ya que en hospitales pequeños con un número bajo de pacientes con artritis psoriásica compleja la consulta entre especialistas puede realizarse de forma más sencilla, con consultas paralelas o facilitando un acceso rápido a la agenda de la otra especialidad. En todos estos casos es necesario destacar la necesidad de crear protocolos de actuación por parte de ambas especialidades con el fin de definir el proceso que deben seguir los pacientes entre ambas especialidades hasta llegar al diagnóstico y su tratamiento.

Una consideración importante al hablar sobre consultas conjuntas *derma-reuma* es el coste sanitario que supone la participación de 2 especialistas en una misma consulta. En estos momentos no disponemos de estudios que nos permitan cuantificar la viabilidad de las mismas, por lo que sería de interés realizar una evaluación de los resultados obtenidos a partir de estas consultas.

Por todo lo anterior pensamos que es necesario establecer una aproximación más real del estado actual de las unidades *derma-reuma*, con un alcance a nivel nacional que incluya el número máximo de centros, con el fin de establecer protocolos de actuación y poder realizar registros de pacientes de forma conjunta, obteniendo así una mayor evidencia científica del trabajo que estamos realizando diariamente con nuestros pacientes.

Conflicto de intereses

La Dra. Anna López-Ferrer ha recibido honorarios como consultora o ponente de: Abbvie, Janssen, MSD, UCB, Pfizer, Lilly y Celgene.

La Dra. Ana Láiz-Alonso ha recibido honorarios como consultora o ponente de: Abbvie, Janssen, MSD y UCB.

Bibliografía

- 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.
- Taylor SL, Petrie M, O'Rourke KS, Feldman SR. Rheumatologists' recommendations on what to do in the dermatology office to evaluate and manage psoriasis patients' joint symptoms. *J Dermatol Treatment*. 2009;20:1–4.
- Cañete JD, Daudén E, Queiro R, Aguilar MD, Sánchez-Carazo JL, Carrascosa JM, et al. Elaboración mediante el método Delphi de recomendaciones para el manejo coordinado (reumatólogo/dermatólogo) de la artritis psoriásica. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:216–32.
- Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, Khraishi MM, Thaçi D, Behrens F, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:729–35.
- Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, Barnette T, Paul C, Richard MA, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:242–8.
- Walsh JA, Callis Duffin K, Krueger GG, Clegg DO. Limitations in screening instruments for psoriatic arthritis: A comparison of instruments in patients with psoriasis. *J Rheumatol*. 2013;40:287–93.
- Velez NF, Wei-Passanese EX, Husni ME, Mody EA, Qureshi AA. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res*. 2012;304:7–13.
- Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Román J, Calvet J, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis psoriásica. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:371–7.
- Queiro R, Coto P, Rodríguez J, Notario J, Navío Marco T, de la Cueva P, et al. Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatol Clin*. 2017;13:85–90.
- Cañete JD, Puig L. Unidades multidisciplinarias de artritis psoriásica: sobre objetivos y modelos. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:325–7.
- Haq N, Lories RJ, de Vlam K. Comorbidities associated with psoriatic arthritis compared with non-psoriatic spondyloarthritis: A cross-sectional study. *J Rheumatol*. 2016;43:376–82.
- Husni ME. Comorbidities in psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41:677–98.
- Sundarrajan S, Arumugam M. Comorbidities of psoriasis - Exploring the links by network approach. *PLoS One*. 2016;11:e0149175.
- Ogdie A, Yu Y, Haynes K, Love TJ, Maliha S, Jiang Y, et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: A population-based cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:326–32.
- Batalla A, González-Fernández D, González-Lara L, Abalde T, Salgado-Boquete L, Queiro-Silva R, et al. Cardiovascular risk factors influence response to biological therapies in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:327–9.
- Abedini R, Salehi M, Lajevardi V, Beygi S. Patients with psoriasis are at a higher risk of developing nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Exp Dermatol*. 2015;40:722–7.
- Lolli E, Saraceno R, Calabrese E, Ascolani M, Scarozza P, Chiricozzi A, et al. Psoriasis phenotype in inflammatory bowel disease: A case-control prospective study. *J Crohns Colitis*. 2015;9:699–707.
- Fiorino G, Danese S, Pariente B, Allez M. Paradoxical immune-mediated inflammation in inflammatory bowel disease patients receiving anti-TNF- α agents. *Autoimmun Rev*. 2014;13:15–9.