

Asociación entre diferentes factores y artritis psoriásica en pacientes del Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez" en Resistencia, Chaco (Argentina)

Baltazar A. Paniagua, Vanesa L. Melo, Silvia M. de la Fuente, Viviana Escobar Solari, Claudia F. Sa, Sebastián Genero, María E. Fiad, Manuel F. Giménez

Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional del Nordeste, y Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez", Resistencia, Chaco, Argentina.

Resumen

Introducción: La artritis psoriásica (AP) comprende una serie de alteraciones osteoarticulares que pueden asociarse a psoriasis cutánea (Ps).

Objetivo: Evaluar la asociación entre diferentes factores y la presencia de AP en pacientes con Ps que se atienden en nuestro servicio.

Materiales y métodos: Se incluyeron 236 pacientes con diagnóstico clínico y/o histopatológico de Ps, con y sin afectación articular, que habían sido evaluados en los consultorios externos del Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez" de la ciudad de Resistencia, provincia del Chaco (Argentina), desde el 1 de junio del 2005 hasta el 31 de mayo del 2014. Se realizó análisis bivariado y regresión logística no condicional para evaluar asociaciones entre diferentes variables y la presencia de AP. Se consideraron significativos valores de p menores a 0,05.

Resultados: De 236 pacientes consultantes por Ps cutánea, 87 (36,7%) presentaron AP.

La edad promedio de los afectados de Ps con AP fue de 47,2 años y en los pacientes sin AP fue de 44,4. Con respecto al sexo, 51,7% de los pacientes con AP fueron de sexo femenino, mientras que en los pacientes sin AP la proporción de sexo femenino fue de 28,8%. De los pacientes con AP, el 79,3% presentó onicopatía y de los pacientes sin AP tuvo el 38,9%. La superficie cutánea evaluada por PASI tuvo un promedio de 11,2 en pacientes con AP y 10,1 en aquellos sin AP. En relación a los años de evolución de la Ps se observó una de 10,1 años en personas con AP y de 5,8 años en personas sin AP.

Conclusiones: Nuestro estudio evidenció una diferencia estadísticamente significativa de padecer AP en presencia de psoriasis ungueal y el sexo femenino con mayor asociación.

Palabras clave: artritis psoriásica, psoriasis, artropatía inflamatoria.

Abstract

Introduction: The Psoriatic arthritis (PA) is associated with a series of osteoarticular alterations that can be related to cutaneous Psoriasis (Ps).

Objective: to evaluate the association of different factors with the presence of PA in patients with Ps who are treated in our service.

Materials and methods: 236 patients with a clinical and/or histopathology diagnosis of Ps, with or without articular involvement, who were assessed in the consulting rooms at the Dermatology Centre "Dr. Manuel M. Giménez", Resistencia city, province of Chaco (Argentina), since June 1st. 2005 to May 31st. 2014, were included in the study. A bivariate and non-conditional logistic regression analysis was used to evaluate the associations of different variables and the presence of PA. Significant values of p less than 0.05 were considered.

Results: 87 (36.7%) out of 236 patients with cutaneous Ps had PA. The average age of patients who developed Ps with PA was of 47.2 and the average age in patients without PA was of 44.4. As regards sex, 51.7% of the patients with PA were females. Whereas in patients without PA, the amount of females was of 28.8%. Onychopathy was observed in 79.3% of the patients with PA and in 38.9% of the patients without PA. The cutaneous surface evaluated by PASI score showed an average of 11.2 in patients with PA and 10.1 in the ones without PA. As regards, the years of evolution with Ps, 10.1 years was observed in one of the subjects with PA and 5.8 years in subjects without PA.

Conclusions: Our study has shown a statistically significant difference of having PA with the presence of nail psoriasis and a higher association with females.

Key words: psoriatic arthritis, psoriasis, inflammatory arthropathy.

Correspondencia

Baltazar Angel Paniagua, Pasaje Bertaca 870, Resistencia, Chaco (Argentina).
E-mail : baltazarpaniagua@hotmail.com

Introducción

La AP comprende una serie de alteraciones osteoarticulares caracterizadas por inflamación articular que puede asociarse a Ps, es una artritis negativa para el factor reumatoideo. Actualmente la AP cuando afecta el esqueleto axial, es aceptada como integrante del grupo de las espondiloartropatías seronegativas con alta prevalencia para el antígeno de histocompatibilidad HLA-B 27¹⁻⁴.

Luego de sucesivas observaciones e intentos por establecer parámetros de diagnóstico en 2006, se publican los criterios CASPAR que se utilizan hasta la actualidad⁵.

La prevalencia de AP varía entre 5 y 74% de los pacientes con Ps^{6,7}.

Generalmente aparece con las manifestaciones cutáneas, aunque a veces la AP puede ser previa al igual que la psoriasis ungueal.



Figura 1. Radiografía de columna lumbar frente de paciente con artritis psoriásica, que muestra sindesmofitos gruesos asimétricos.

Las manifestaciones articulares pueden afectar pequeñas y/o grandes articulaciones, únicas o múltiples, simétricas o asimétricas. Las mismas pueden ser leves, con escaso dolor o formas graves con gran compromiso articular que puede evolucionar a una discapacidad per-



Figura 2. Radiografía de pelvis frente de paciente con artritis psoriásica, que muestra sacroileítis bilateral.

manente.

La presentación más frecuente es la forma oligoarticular asimétrica de grandes articulaciones, le sigue la presentación simétrica distal de pequeñas articulaciones similar a la artritis reumatoidea y el compromiso axial es asimétrico con la presencia de sindesmofitos vertebrales y/o sacroileítis radiológica⁸ (Figuras 1 y 2).

Uno de los signos significativos de la AP es la tenosinovitis manifestada por entesitis del tendón de Aquiles o por dactilitis. La dactilitis se define como una inflamación homogénea de los dedos que resulta del compromiso de las articulaciones, tendones y de los tejidos blandos que se presenta como un "dedo en salchicha"⁹ (Figura 3).

Es difícil encontrar una clasificación que incluya todos los aspectos de las manifestaciones articulares; dentro de las más funcionales se halla la de Veale¹⁰.

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la asociación entre diferentes factores y la presencia de AP en pacientes con Ps que se atienden en nuestro servicio.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal.

Ámbito del estudio: fue llevado a cabo en los consultorios externos del Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez" de la ciudad de Resistencia, provincia del



Figura 3. Dactilitis en un paciente con artritis psoriásica.

Chaco (Argentina), entre junio del 2005 y mayo del 2014 inclusive. Este centro es el servicio de referencia del Nordeste Argentino y países limítrofes.

factor reumatoideo (FR) y radiografías de manos, pies, pelvis, columna dorso-lumbosacra de frente y articulaciones dolorosas.

Definiciones de caso y variables. Los pacientes fueron evaluados por un especialista en Reumatología, utilizando para el diagnóstico de AP los criterios de CASPAR⁵:

Artritis periférica, axial o entesitis

+ 3 puntos en los siguientes 5 hallazgos:

1. Psoriasis actual (2 puntos), en la piel o cuero cabelludo y diagnosticado por un dermatólogo o reumatólogo - Historia personal o familiar (1° o 2° grado) de psoriasis (1 punto)
2. Psoriasis ungueal, onicolisis, pitting o hiperqueratosis observada en la exploración (1 punto)
3. Factor reumatoideo negativo (1 punto)
4. Dactilitis actual o previa diagnosticada por un reumatólogo (1 punto)
5. Proliferación ósea yuxtaarticular, mal definida, en

Factor	Odds Ratio	IC 95%	Coficiente	Error Estandar	Z	p
Edad	1	0,98;1,02	0,0071	0,0097	0,72	0,46
Años de evolución	1	0,99;0,03	0,0321	0,02	1,60	0,10
Sexo (M/F)	0,23	0,11;0,45	-1,4647	0,3509	-4,17	0,00
PASI	0,98	0,94;1,02	-0,018	0,0217	-0,82	0,40
Onicodistrofia	8,2	3,9;17,23	2,1044	0,3788	5,55	0,00

Tabla 1. Asociación de factores seleccionados de pacientes con psoriasis cutánea a artritis psoriásica, consultantes al Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez", Resistencia, Chaco, junio del 2005-mayo del 2014, n=236.

Atienden siete dermatólogos, una reumatóloga, una psicóloga y además funciona la Residencia de Dermatología. En promedio tiene una consulta anual de 42.000 pacientes.

Criterios de inclusión: paciente consecutivos que consultan al Centro Dermatológico "Dr. Manuel M. Giménez" entre junio del 2005 y mayo del 2014 inclusive con diagnóstico clínico y/o histopatológico de Ps.

Procedimientos: los pacientes fueron evaluados por un médico reumatólogo y otro dermatólogo. Se realizó interrogatorio, examen físico y se solicitaron como estudios complementarios: hemograma, uricemia, hepatograma,

RX de manos o pies (exceptuando osteofitos) (1 punto)

Onicodistrofia: en este trabajo se definió como caso de onicodistrofia asociada a Ps, a todo paciente con Ps y alteraciones ungueales que no fueran explicados por patología micótica (mediante examen micológico), causa traumática o carencial (mediante interrogatorio y examen físico)

La extensión de la afección cutánea fue evaluada por PASI (Índice de severidad por área de psoriasis)⁷

La evaluación de los años de evolución de la Ps se determinó mediante el interrogatorio del paciente y cuando fue posible, mediante la historia clínica del mismo, en casos en que el diagnóstico inicial se había realizado en

nuestro servicio.

Análisis: Los datos provenientes de variables cuantitativas continuas se expresan como promedio y desviación estándar; mientras que se calcularon porcentajes en aquellos medidos en escalas nominales. Para evaluar diferencias entre variables cuantitativas se utilizó el test de Kruskal-Wallis y la asociación entre las variables independientes y la presencia de AP se evaluó mediante regresión logística no condicional, utilizando el software EPI INFO versión 3.5.4. Se calcularon intervalos de confianza del 95% y se consideran resultados estadísticamente significativos a aquellos con p inferior a 0,05.

Resultados

De 236 pacientes consultantes por Ps cutánea, 87 (36,7%) presentaron AP.

La edad promedio de los afectados de Ps con AP fue de 47,2 (DE 16,2) años y en los pacientes sin AP fue 44,4 (DE=16,6) ($p=0,15$). El promedio de edad de inicio de la Ps fue de 38 años y el promedio de inicio de la AP fue de 44 años. Con respecto al sexo, 51,7% de los pacientes con AP fueron de sexo femenino, mientras que en los pacientes sin AP la proporción de sexo femenino fue de 28,8% (OR 2,6; IC 95% 1,5; 4,8; $p=0,0004$). De los pacientes con AP, el 79,3% presentó onicopatía y de los pacientes sin AP la tuvo el 38,9% (OR=6,01; IC 95% 3,2-11,1; $p < 0,00001$) La superficie cutánea evaluada por PASI tuvo un promedio de 11,2 (DE=6,1) en pacientes con AP y 10,1 (DE=8,1) en aquellos sin AP ($p=0,0095$). En relación a los años de evolución de la Ps se observó 10,1 (DE=10,2) años en personas con AP y de 5,8 (DE=6,6) años en personas sin AP ($p < 0,00001$).

El modelo de regresión logística demostró que las personas con AP presentan mayor probabilidad de pertenecer al sexo femenino y tener onicodistrofia (Tabla 1).

Discusión

La AP fue descrita a principios del siglo XIX por Alibert como una asociación entre artritis y psoriasis, concepto que fue unificado por Bazin en 1860 denominándola *psoriasis ar-*

thritique.

Nuestra prevalencia de AP fue del 36,7%, cifra intermedia en comparación con diferentes series: 6% publicado por Shbeeb y cols., quienes excluían a los pacientes con osteoartritis, y 74% por Roberts y cols. en 1976, quienes observaron a los pacientes durante 10 años; esto aportaría una explicación sobre el elevado número que este último encontró^{12,13}.

La variabilidad respondería probablemente a la falta de unificación de criterios diagnósticos, la heterogeneidad de la población estudiada y los sesgos producidos cuando se tiene en cuenta pacientes que ingresan por un servicio de dermatología y/o de reumatología. La inflamación articular como el dolor lumbar son síntomas precoces para el diagnóstico de AP en pacientes con Ps, sin olvidar la utilidad de la resonancia magnética en el compromiso axial.

La edad promedio de presentación en nuestro estudio fue de 47,2 años con AP y 44,4 años sin AP.

En la bibliografía consultada, el rango de edad fue muy amplio, entre 9 y 81 años, hallado en 504 pacientes comunicado por Michet y cols. en Estados Unidos en el año 2005¹⁴.

Nuestro trabajo demostró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la AP, similar a lo que reportó Love y cols. de 2/1. En cambio, no hubo diferencias de género en la serie de Gatti y cols. publicada en el 2000 en nuestro país ni tampoco en la comunicación de Madland y cols. en el 2005^{8,15}.

En nuestro estudio de 69 pacientes con AP, 79,3% presentaron alteraciones ungueales. Estas cifras pueden compararse con la serie de Gatti y cols. que presentó el 60 a 80% de onicodistrofia en pacientes con AP, y Patrizi comunicó 83% de onicodistrofia^{8,16}.

Nuestra muestra manifiesta asociación entre la AP y las alteraciones ungueales. Los pacientes con AP tuvieron mayor chance de tener lesiones ungueales.

Uno de los signos clínicos más frecuentes de afectación ungueal por Ps es la presencia de pitting en la lámina, aunque a nuestro criterio la onicodistrofia muchas veces se asume apresuradamente como signo de AP sin descartar previamente otras patologías.

En este trabajo se evidencia la prevalencia de AP entre los pacientes que concurren por lesiones cutáneas de Ps a un servicio de dermatología que coincide con algunos

trabajos publicados.

Consideramos que es de suma importancia tener en cuenta que la AP es dinámica y lo que hoy es monoarticular y reversible en el futuro puede ser poliarticular e irreversible. En este punto también consideramos que las clasificaciones de uso habitual no tienen en cuenta este criterio evolutivo.

En lo que respecta al compromiso articular, lo óptimo es arribar a un diagnóstico precoz para evitar cambios irreversibles. Ninguno de los métodos de estudios complementarios es totalmente preciso, por esto la clínica adquiere mayor relevancia, en donde el dolor y la capacidad funcional, si bien subjetiva, juegan un rol fundamental en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Brewerton DA, Caffrey M, Nicholis A, Walters D, et al. HLA-B27 and arthropathies associated with ulcerative colitis and psoriasis. *Lancet* 1974;1:956-7.
2. Metzger AL, Morris RI, Bluestone R, Terasaki PI. HLA W27 in psoriatic arthropathy. *Arthritis Rheum* 1975;18:111-15.
3. Moll JM, Haslock I, Macrae I, Wright V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behcet's syndrome. *Medicine (Baltimore)* 1974;53:343-64.
4. Wright V, Moll JM. Seronegative polyarthritis, Amsterdam: North Holland 1976;29-80.
5. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, et al. CASPAR Study Group Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006;56:2665-2673.
6. Bellomio V, Berman A, Sueldo R, Molina M, et al. Espondiloartritis en Iberoamérica Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Argentina. *Reumatol Clin* 2008;4:23-9.
7. Soriano E, Rosa J, Velozo E, Schpilberg M, et al. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis in Buenos Aires, Argentina: a 6-year health management organization-based study. *Rheumatology* 2011;50:729-734.
8. Gatti C, Bocca M, Romanowicz A, Milano M, et al. Psoriasis artropática Revisión. *Dermatol Argent* 2000;6:93-100.
9. Gladman D, Ziouzina O, Thavaneswaran A, Chandran V. Dactylitis in Psoriatic Arthritis: Prevalence and Response to Therapy in the Biologic Era. *J Rheumatol* 2013;40:1357-9.
10. Veale D, Rogers S and Fitzgerald O. Classification of clinical subsets in Psoriatic Arthritis. *Br J Rheumatol* 1994;33:133-138.
11. Fredriksson Tand Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978;157:238-44.
12. Shbeeb M, Uramoto K, Gibson L, O'Fallon W, et al. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol* 2000;27:1247-1250.
13. Roberts M, Wright V, Hill A and Mehra A. Psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1976;35:206-212.
14. Michet C, Mason T and Mazlumzadeh M. Hip joint disease in psoriatic arthritis: risk factors and natural history. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1068-1070.
15. Madland T, Apalset E, Johannessen A, Rossebø B, et al. Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. *J Rheumatol* 2005;32:1918-1922.
16. Patrizi A, Venturi M, Scorzoni R, Pazzaglia M, et al. Nail dystrophies, scalp and intergluteal/perianal psoriatic lesions: risk factors for psoriatic arthritis in mild skin psoriasis? *G Ital Dermatol Venereol* 2014;149:177-84.