



Artritis psoriásica

A. Turrión Nieves^{a,*}, R. Martín Holguera^b, A. Movasat Hadjkan^{c,d}, C. Bohórquez Heras^{c,d} y M. Álvarez de Mon Soto^{c,d}

^aServicio de Enfermedades Autoinmunes-Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España. ^bFacultativo especialista en Neumología. Centro Médico Arganda. Arganda del Rey. Madrid. España. ^cServicio de Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España. ^dDepartamento de Medicina y Especialidades Médicas. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Artritis psoriásica
- Espondiloartritis
- Terapia biológica

Keywords:

- Psoriatic arthritis
- Spondyloarthritis
- Biologic treatment

Resumen

Introducción. La artritis psoriásica (Aps) es una enfermedad musculoesquelética inflamatoria que presenta al menos tres de los siguientes hechos: psoriasis, distrofia ungueal, dactilitis, factor reumatoide negativo o neoformación ósea yuxtaarticular.

Epidemiología. Su prevalencia se estima en el 0,5% de la población, presentando una incidencia anual de 4-8 casos por 100.000 habitantes/año. Se presenta a cualquier edad. Es una enfermedad muy heterogénea en cuanto a sus diferentes formas de afectación articular.

Etiología/etiopatogenia. Se han establecido múltiples teorías en relación con su etiopatogenia, así en un sujeto genéticamente predispuesto la acción de un agente lesivo desencadena un proceso inflamatorio que se autoperpetúa en el tiempo, causando lesión estructural bien por la inflamación en sí o por los procesos reparativos que lo acompañan.

Manifestaciones clínicas. Los pacientes presentan inflamación articular, lesión entesítica, dactilitis, afectación cutánea/ungueal. Además de las formas espondilares o entesopáticas pueden aparecer formas clínicas poliarticulares, muy parecidas a las de la artritis reumatoide, formas de afectación de interfalángicas distales y más raramente formas mutilantes.

Diagnóstico. El diagnóstico es clínico al no existir ninguna determinación analítica patognomónica.

Pronóstico y tratamiento. Presenta mal pronóstico dejada a su evolución natural, aunque hay casos que remiten espontáneamente, lo habitual es que necesiten un tratamiento que evite la progresión estructural. Hay formas clínicas que no responden a los tratamientos tradicionales con FAME y/ o AINE, precisando la utilización de fármacos biológicos.

Abstract

Psoriatic arthritis

Introduction. Psoriatic arthritis (PsA) is an inflammatory musculoskeletal disease that displays at least three of the following symptoms: psoriasis, nail dystrophy, dactylitis, negative rheumatoid factor or juxta-articular new bone formation.

Epidemiology. Prevalence is estimated in 0.5% of the population, with an annual incidence of 4-8 cases per 100,000 inhabitants per year. It can develop at any age. It is a very heterogeneous disease regarding to the different forms of joint involvement.

Etiopathogenesis. Multiple theories have been established when it comes to its etiopathogenesis, so in a genetically predisposed individual the action of a harmful agent triggers a self-perpetuating inflammatory process over time, thus causing a structural lesion due to either the inflammation itself or to the associated repair processes.

Clinical manifestations. Patients present joint swelling, enthesitis, dactylitis, nail/skin involvement. Aside from enthesopathies or spondylitis, other polyarticular clinical forms can appear which are similar to rheumatoid arthritis, also distal interphalangeal involvement and, more rarely, mutilans form.

Diagnosis. Diagnosis is mostly clinical since there are no pathognomonic analytical features.

Prognosis and treatment. Prognosis is poor if left to its natural progress, though there are cases that remit spontaneously, it is common they require a treatment that avoids structural progress. Some clinical forms do not respond to traditional treatments with DMARDs and/or NSAIDs, thus requiring biological drugs.

*Correspondencia

Correo electrónico: anaturrion@hotmail.com

Concepto

La artritis psoriásica (Aps) es una enfermedad inflamatoria de patogenia inmunológica de etiología desconocida, carácter sistémico en el que predomina la afectación articular en pacientes que padecen psoriasis¹. Inicialmente fue considerada como una variante de la artritis reumatoide (AR), con factor reumatoide negativo, de la que fue descrita como entidad independiente en los años 70².

Clasificación

Desde la propuesta inicial de Wright, a lo largo de los años varios autores han elaborado nuevos criterios para la clasificación de la Aps; sin embargo no se ha conseguido un consenso general para su aplicación. Debido a ello, el grupo GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*) ha desarrollado los denominados criterios CASPAR (*Classification of Psoriatic Arthritis*)³ cuya finalidad es obtener un instrumento que permita una caracterización homogénea de los pacientes, y así poder comparar los datos existentes en los diversos estudios internacionales en esta patología⁴.

Los primeros criterios propuestos por Wright presentan una sensibilidad del 91% y una especificidad del 98%:

1. Artritis inflamatoria en tres o más articulaciones.
2. Ausencia de factor reumatoide y nódulos reumatoideos.
3. Presencia o historia de lesiones de psoriasis en piel o uñas.

Esta aproximación diagnóstica presenta limitaciones, ya que teniendo mucha sensibilidad y especificidad para la artritis no incluye las formas de afectación del raquis, entesitis ni tenosinovitis, excluyendo a pacientes que presenten FR positivo⁵.

Los universalmente aceptados en la actualidad son los criterios CASPAR que presentan una sensibilidad del 94% y una especificidad del 98%.

El paciente tiene que presentar enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica), con 3 o más puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes:

1. Presencia actual de psoriasis, historia personal o familiar de psoriasis. La presencia actual de psoriasis se define como la psoriasis en la piel o en el cuero cabelludo evaluado por un reumatólogo o dermatólogo (la psoriasis actual tiene una puntuación de 2; el resto de las características puntúan con 1). La historia personal de psoriasis puede obtenerse del paciente, el médico de cabecera, el dermatólogo, el reumatólogo y otro personal sanitario cualificado. La historia familiar de psoriasis es la historia de psoriasis en un familiar de primer o segundo grado de acuerdo con lo referido por el paciente.

2. Distrofia psoriásica ungueal, incluidos onicolisis, *pitting* e hiperqueratosis observados en la exploración actual.

3. Prueba negativa para el factor reumatoide determinado por cualquier método excepto por látex. Es preferible mediante ELISA o nefelometría.

4. Historia actual de dactilitis, definida como hinchazón de todo el dedo o una historia de dactilitis recogida por un reumatólogo.

5. Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulación. Se trata de una osificación mal definida (excluidos osteofitos) observada en radiografías simples de las manos o los pies.

De los criterios CASPAR hay que tener en cuenta que han sido desarrollados para clasificar al paciente con Aps y no para realizar su diagnóstico en la clínica diaria, incluyen aspectos como el de la afectación entesítica o la espinal.

Etiopatogenia

La incidencia de psoriasis es mayor entre parientes de primer y segundo grado que entre la población general. Este hecho apoya la base genética de la enfermedad, existiendo varios estudios de asociación genética que han identificado variantes en el gen relacionados como el que codifica el receptor de la interleuquina (IL) 23 (IL-23R) y en la región no traducida del gen de la IL-12B (p40) como indicadores de riesgo de psoriasis, estos genes codifican la proteína *ring finger* (RNF114) y la *zinc finger* (ZNF313), ampliamente expresadas en la piel. Las variantes de la IL-23R también están asociadas a la espondilitis anquilosante (EA) y a la Aps⁶; otro gen, el CDKAL1, se encuentra asociado a la psoriasis moderada/grave, además de a la enfermedad de Crohn y a la diabetes mellitus tipo 2, junto con una mayor prevalencia de cardiopatía en pacientes con psoriasis.

El importante papel del sistema inmunitario en la evolución de la enfermedad (susceptibilidad y mantenimiento de la psoriasis) viene respaldado por múltiples estudios como la asociación genética de la psoriasis con la vía de la interleuquina 23, uno de estos aporta datos adicionales sobre la susceptibilidad de los genes del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) a inducir a la proteína 3 (TNFAIP3) y a la proteína 1 que interacciona con la anterior dentro de la ruta del factor nuclear Kb (NF-κβ) y dentro de una región genética que potencialmente se relaciona con la modulación de las respuestas inmunes mediadas por las células Th2 colaboradoras. El análisis genómico completo del transcriptoma específico de la psoriasis, además del análisis exhaustivo de las variantes génicas, ha aportado una importante información sobre las vías y células implicadas en la enfermedad, apuntando a las células dendríticas y las células T como tipo de célula clave y los interferones tipo I, interferón gamma y TNF-alfa como citoquinas importantes⁷.

Las células dendríticas constituyen un elemento clave en la generación de la respuesta inmunitaria adaptativa en la psoriasis, su número está aumentado en las placas cutáneas psoriásicas. Estas células presentadoras de antígeno secretan citoquinas mediadoras incluidas IL-12 e IL-23 que inducen la proliferación y activación de las células T y que favorecen la diferenciación de las células T *helper* tipo 1 y tipo 17, respectivamente. Debe señalarse que la respuesta Th-17 tiene una particular importancia en el epitelio. Las células Th-17 activadas producen citoquinas incluidas IL-17A, IL-17F e IL-22. La IL-17 que también puede ser secretada por otros linfocitos (sistema innato, células gamma-delta T y linfocitos CD8 positivos Tc17), y potencialmente por neutrófilos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681514>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)