

ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Diagnóstico de Artritis Psoriática

## Diagnosis of Psoriatic Arthritis

Daniel G. Fernández Ávila<sup>1</sup>, Adriana Beltrán<sup>2</sup>,  
John Londoño Patiño<sup>3</sup>, Elsa Reyes Sanmiguel<sup>3</sup>, Claudia Mora Karam<sup>3</sup>,  
Pedro Santos Moreno<sup>3</sup>, Liliana Candia<sup>4</sup>, Rafael Valle Oñate<sup>5</sup>

### Resumen

La artritis psoriática es una enfermedad de relativamente reciente descripción en el campo de la reumatología, pues previamente se consideraba que este tipo de pacientes cursaban con dos entidades nosológicas distintas que convergían en el tiempo: psoriasis y artritis reumatoide. Han sido múltiples los intentos por clasificar adecuadamente a estos pacientes y esto ha llevado a la aparición de 7 criterios de clasificación en los últimos 36 años. En el presente artículo haremos un recuento de las principales características clínicas, de laboratorio e imagenológicas de la artritis psoriática. Además, cada uno de los criterios de clasificación se describirá en orden cronológico de aparición.

**Palabras clave:** psoriasis, artritis psoriática, artritis, dactilitis.

### Summary

Psoriatic arthritis is a relatively recent description disease in the rheumatology field. Previously physicians considered that the patient with psoriasis and any type of arthropathy had two diseases that coincided at the time: psoriasis and rheumatoid arthritis. There have been many attempts to classify these patients adequately. In the last 36 years seven criteria for the classification of this entity have appeared. In this article we made a summary of the clinical characteristics, laboratories and imaging in psoriatic arthritis. Furthermore, we intend to describe the classification criteria in chronological order.

**Key words:** psoriasis, psoriatic arthritis, arthritis, dactylitis.

### Introducción

Hasta los primeros años de la década de los sesenta, la aparición de una artropatía inflamatoria en el contexto de un paciente con antecedente de psoriasis, era considerado como una coincidencia clínica en la aparición de 2 patologías distintas: artritis reumatoide y psoriasis<sup>1</sup>. Con los trabajos de Wright en 1959<sup>2</sup> y Baker en 1963<sup>3</sup>, pioneros en su época, se establecen las

bases para comenzar a hablar de una entidad nueva: la artritis psoriática (AP). En 1964, el Colegio Americano de Reumatología (en ese entonces llamada Asociación Americana de Reumatismo) considera a la AP como una entidad clínica distinta, incluyéndola dentro de la clasificación de enfermedades reumáticas<sup>4</sup>.

La psoriasis es una enfermedad crónica de la piel, con características inflamatorias y de

1. Médico Internista, Residente de Reumatología. Universidad Militar Nueva Granada – Hospital Militar Central.  
2. Médico Internista y Reumatólogo, Departamento de Reumatología, Hospital Universitario Clínica San Rafael.  
3. Médico Internista y Reumatólogo. Hospital Militar Central. Profesor Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Universidad Militar Nueva Granada.

4. Médico Internista y Reumatólogo.  
5. Médico Internista y Reumatólogo. Profesor titular Facultad de Medicina. Departamento de Reumatología. Universidad Militar Nueva Granada – Universidad de la Sabana - Hospital Militar Central.

Recibido: Julio 25 de 2009  
Aceptado: Noviembre 27 de 2009

hiperproliferación cutánea que afecta al 1 a 2% de los habitantes de los Estados Unidos. Su prevalencia en la población general varía entre diferentes zonas geográficas, con datos que varían entre 0 a 11.8%. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más común su inicio entre los 15 y 30 años. En cuanto a la distribución por género, hay una distribución uniforme entre hombres y mujeres<sup>5-9</sup>.

La AP es una artropatía inflamatoria crónica de las articulaciones periféricas, columna y entesis, asociada con la presencia de psoriasis y caracterizada por unos subtipos fenotípicamente distintos y un curso clínico variable<sup>10</sup>. Hace parte del grupo de las espondiloartropatías (EAS), junto con la espondilitis anquilosante (EA), artritis reactiva, artritis relacionada con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa) y espondiloartropatía no diferenciada (EASND)<sup>11-12</sup>. La prevalencia exacta de AP es desconocida y su cálculo ha resultado históricamente difícil por la falta de unos criterios diagnósticos que sean ampliamente aceptados por la comunidad médica reumatológica<sup>13</sup>. Se considera su prevalencia aproximada entre 0.04 a 0.2% de la población general y entre el 6 al 39% de los pacientes con psoriasis<sup>14-19</sup>, con una tendencia al aumento en su prevalencia general en los últimos años<sup>20</sup>. La prevalencia y en general el perfil epidemiológico de la AP presentan importantes variaciones entre diferentes países y zonas del mundo, por lo que se presume la participación de factores genéticos y medio ambientales en la patogénesis y desarrollo de la enfermedad<sup>21</sup>.

### Características Clínicas de la AP

En general, los hallazgos clínicos de la AP incluyen tendinitis, entesitis, dactilitis y artritis; ésta última se presenta usualmente en un patrón mono u oligoartritis en los estadios iniciales, que gradualmente va afectando a un mayor número de articulaciones pudiendo llevar a un compromiso poliarticular<sup>22</sup>, con una predilección por las articulaciones interfalángicas distales (IFD) y el esqueleto axial<sup>23</sup>. Durante mucho tiempo se consideró que el compromiso articular en la AP era de me-

nor severidad que el observado en la artritis reumatoide (AR), pero hoy en día sabemos que cerca del 20% de los casos de AP siguen un curso clínico severo, pues después de 2 años, 47% de los pacientes tiene al menos una erosión ósea y después de 10 años más del 50% de los pacientes tiene deformidades en por lo menos 5 articulaciones, lo cual puede llevar a secuelas funcionales con alteración en la calidad de vida<sup>24-26</sup>.

A continuación nos referiremos a cada uno de los hallazgos clínicos de esta entidad.

**Compromiso articular:** La AP afecta tanto al esqueleto axial como al periférico. Wright y Moll describieron 5 patrones de compromiso clínico:

1. Poliarticular, con artritis simétrica, semejante a la AR (15% de los pacientes)
2. Oligoartritis (4 o menos articulaciones) con artritis asimétrica (70% de los pacientes)
3. Compromiso predominante de AID (5% de los pacientes)
4. Predominio de espondiloartritis (5% de los pacientes)
5. Artritis mutilante (5% de los pacientes).

Actualmente, se acepta que estos patrones pueden ser útiles en la clasificación de la APs, sobre todo al inicio de la enfermedad; sin embargo, un paciente puede ser clasificado en más de una categoría, ya que los patrones pueden cambiar a lo largo del tiempo<sup>27</sup>, por lo que hoy en día ya no es tan práctica su utilización. También, por la llegada de nuevos criterios diagnósticos, que revisaremos más adelante en el presente artículo.

A diferencia de la AR que característicamente se presenta en forma simétrica y poliarticular, la AP compromete las articulaciones en forma asimétrica, usualmente como una mono u oligoartritis, aunque también se puede presentar como poliartritis<sup>28</sup>, usualmente en estadios más avanzados de la enfermedad, sin embargo, la distribución del compromiso articular tiende a seguir un patrón en forma de rayo, es decir, que es más probable la afectación de todas las articulaciones de un mismo dedo, que la misma articulación en ambas manos, lo cual es típico de la AR;

esto puede explicar la tendencia a la asimetría que ocurre incluso en la forma poliarticular en la ApS. Las articulaciones IFD se ven frecuentemente afectadas, lo cual puede ser un aspecto valioso a la hora de hacer el diagnóstico diferencial con AR, pero puede ser un punto de confusión con la osteoartritis, entidad que también compromete en forma importante a este grupo de articulaciones<sup>29</sup>. La dactilitis o dedo en salchicha, es una manifestación característica de AP, presente en cerca la mitad de los pacientes; se produce por una combinación de sinovitis de las articulaciones de los dedos afectados y tendinitis<sup>30</sup>, usualmente de los tendones flexores. Los dedos con dactilitis tienen mayor riesgo de desarrollar erosiones óseas, lo cual sugiere que la presencia de dactilitis es un factor pronóstico en cuanto a la evolución de la enfermedad<sup>31</sup>. La espondiloartritis ocurre en 40% de los pacientes con AP<sup>32</sup>, presentándose en una menor proporción con relación a la artritis periférica. Se manifiesta con inflamación de las articulaciones sacroilíacas (usualmente unilateral), con dolor lumbar bajo o dolor glúteo de características inflamatorias asociado además a rigidez matutina<sup>33</sup>. La entesitis (inflamación del tendón o el ligamento en su sitio de inserción en el hueso) es un hallazgo característico de las EAS y dentro de éstas, muy especialmente en la AP, encontrándose hasta en un 38% de los casos al momento de la presentación<sup>34</sup>. Las entesis más frecuentemente afectadas son las inserciones de las fascia plantar y el tendón de Aquiles. Otros puntos que pueden verse comprometidos incluyen los tendones del cuádriceps y patelar, la cresta ilíaca y los epicóndilos<sup>35</sup>. Un último hallazgo importante de mencionar en cuanto al compromiso articular por AP es la presencia de artritis mutilante, la cual es una forma de daño articular erosivo y deformante que afecta a las articulaciones pequeñas de las manos y los pies y está acompañada por osteolisis de las falanges. Afortunadamente, este tipo de presentación tiene una muy baja frecuencia (menos del 5%)<sup>36</sup>. Finalmente, cabe anotar que los hallazgos clínicos de psoriasis usualmente preceden a las manifestaciones articulares<sup>37</sup> hasta en 10 años<sup>17</sup>. En 75 a 85% de los casos, la artritis es posterior al desarrollo de la psoriasis<sup>38</sup> y en alre-

dedor de 15% de los pacientes, la artritis puede preceder a la aparición de las lesiones psoriáticas<sup>39-40</sup>, como se evidenció en un estudio de cohorte de Hong Kong en el que 21 de 111 pacientes (18.9%) presentaron artritis antes de la psoriasis con una media de 5.4 años (+ - 4.8, rango de 1 mes a 21 años)<sup>41</sup>.

**Compromiso extra articular:** Hay que recordar que la AP es una enfermedad sistémica que puede afectar varios órganos y tejidos, pero que a diferencia de otras EAS, lo hace con una baja frecuencia<sup>42</sup>. Dentro de los órganos afectados se pueden encontrar: ojo (conjuntivitis, iritis, escleritis y epiescleritis), corazón, pulmones, riñones; pero como se dijo previamente, todos con un muy bajo porcentaje de presentación. Adicionalmente, se ha encontrado una mayor prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con AP<sup>43</sup>.

**Características de laboratorio:** No existe ningún examen de laboratorio específico para AP<sup>44</sup>. Típicamente se ha considerado la negatividad del factor reumatoide como un criterio para considerar el diagnóstico de AP, incluso hace parte de algunos criterios de clasificación para esta entidad (Moll y Wright, Bennett, Fournié y CASPAR) pero debe tenerse en cuenta que el factor reumatoide puede encontrarse positivo por otras patologías y no puede excluir por sí solo el diagnóstico de AP<sup>45</sup>, pues en caso de encontrarse en un paciente, puede tratarse de un falso positivo para AR. En el caso de los anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado (anti CCP), los cuales, como es conocido, tienen una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de AR, se han encontrado en 5% a 10% de pacientes con AP<sup>46-48</sup>, incluso un estudio muestra un mayor porcentaje (33% de los pacientes con artritis psoriática), sin que estos pacientes llenen criterios de clasificación del ACR para AR. Estos pacientes son considerados con riesgo de desarrollar AR en forma posterior<sup>46</sup>, pero no se ha demostrado asociación entre AP y anti CCP. Los reactantes de fase aguda como velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) se encuentran elevados en los pacientes con AP pero con una menor frecuencia y en menor valor con relación a los pacientes con AR.

**Características radiológicas:** Los hallazgos radiológicos más comunes en AP son: la disminución del espacio articular y las erosiones óseas que afectan las articulaciones IFD y proximales<sup>49</sup>. Característicamente, estos hallazgos son asimétricos, en la misma forma que sucede con la presentación clínica de la enfermedad. Como hallazgos distintivos de la AR, en el caso de la AP no se encuentra con tanta frecuencia osteopenia yuxta articular, y en caso de presentarse, es leve. Además, las articulaciones metacarpofalángica y de la muñeca se encuentran usualmente respetadas, lo cual no sucede en la AR. Adicionalmente se pueden encontrar erosiones y resorción ósea, que en caso de comprometer a las falanges distales puede llevar a las lesiones conocidas como en "punta de lápiz"<sup>50</sup>. Se puede encontrar sacroilitis y espondilitis con osificación paravertebral, pero estos hallazgos no son específicos de la enfermedad<sup>51</sup>. Como característica radiológica adicional a tener en cuenta, la AP puede producir cambios proliferativos adyacentes a lesiones osteolíticas y erosivas en el mismo hueso (periostitis).

### Criterios Diagnósticos para AP

A pesar de un mayor conocimiento sobre su fisiopatología y características clínicas, la AP es una entidad que aún genera dificultades diagnósticas en la práctica clínica diaria, pudiendo llegar a constituirse en un verdadero desafío diagnóstico para el reumatólogo y aún más en el caso del médico que no tiene familiaridad con las patologías reumatológicas. Para intentar superar este problema, se han propuesto múltiples criterios de diagnóstico y clasificación a lo largo de las últi-

mas 4 décadas, (Figura 1) pero estos esfuerzos han llegado a agravar aún más la situación por la multiplicidad de criterios que pueden llegar a generar confusión entre los médicos.

**Tabla 1. Criterios de Moll y Wright**

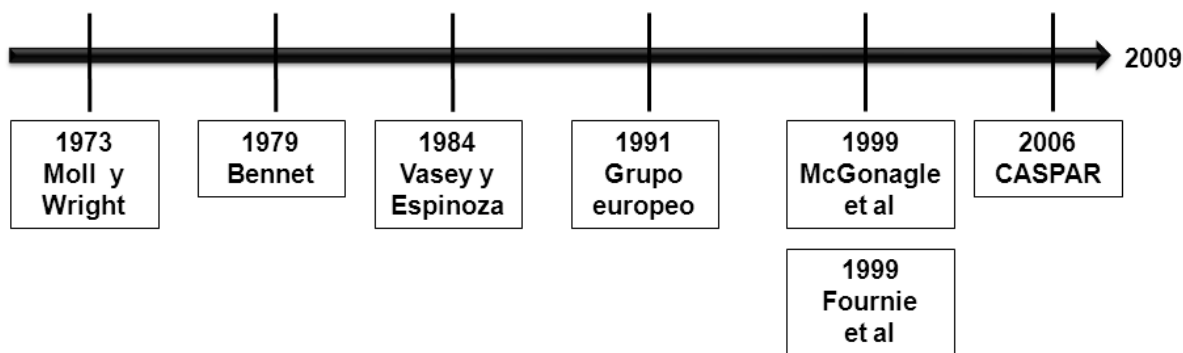
- |    |   |
|----|---|
| 1. | Presencia de artritis inflamatoria        |
| 2. | Más la presencia de psoriasis             |
| 3. | En ausencia de factor reumatoide positivo |

En el documento original se habla de la "usual" ausencia de factor reumatoide medido por la técnica de Waaler Rose.

Los primeros criterios propuestos fueron los de Moll y Wright<sup>52</sup> en 1973 (sensibilidad: 91%, especificidad 98%), quienes definen a la artritis psoriática como la presencia de una artritis inflamatoria asociada a psoriasis y el factor reumatoide "generalmente" negativo (Tabla 1)

En 1979, Bennet<sup>53</sup> propone que para poder clasificar un paciente como artritis psoriática, debe cumplir dos criterios obligatorios: la presencia de psoriasis clínica e inflamación articular; además, éstos se deben complementar con unos criterios de soporte, que incluyen diversos hallazgos clínicos, de laboratorio y radiológicos (Tabla 2)

Los criterios de Vasey y Espinoza<sup>54</sup> propuestos en 1984 simplifican los criterios propuestos 5 años antes por Bennett, proponiendo que la presencia de psoriasis, además de documentar clínica o radiológicamente una artropatía axial o periférica, hacen considerar la presencia de AP (Tabla 3).



**Figura 1. Línea de tiempo en la aparición de criterios de clasificación para AP**

**Tabla 2. Criterios de Bennett****Mandatorios**

Psoriasis clínicamente aparente (piel o uñas)

Edema y dolor en tejidos blandos y/o limitación del movimiento en al menos una articulación observado por un médico por 6 semanas o más

**De soporte**

Dolor y edema de tejidos blandos y/o limitación del movimiento en una o más articulaciones distintas observado por un médico

Presencia de artritis inflamatoria en una articulación interfalángica distal

Exclusiones específicas: Nódulos de Heberden o Bouchard

Presencia de dedos en salchicha

Artritis en manos y pies de distribución simétrica

Ausencia de nódulos subcutáneos

Factor reumatoide negativo

Líquido sinovial inflamatorio con niveles de C3 o C4 elevados en ausencia de infección, cristales de urato monosódico o pirofosfato

Biopsia sinovial que evidencia hipertrofia de la membrana sinovial con infiltrado de células mononucleares predominantemente y en ausencia de tumor o granuloma

Radiografías periféricas que evidencian artritis erosivas de articulaciones pequeñas en ausencia de osteoporosis. Exclusión específica: osteoartritis erosiva

Radiografías axiales mostrando cualquiera de los siguientes: sacroilitis, sindesmofitos, osificación paravertebral

Artritis psoriática definitiva: Criterio mandatorio más 6 criterios de soporte

Artritis psoriática probable: Criterio mandatorio más 4 criterios de soporte

Artritis psoriática posible: Criterio mandatorio más 2 criterios de soporte

**Tabla 3. Criterios de Vasey y Espinoza**

**Criterio I:** Psoriasis con compromiso de piel o uñas

**Criterio II:** Patrón periférico

1. Dolor y edema de tejidos blandos con o sin limitación del movimiento de la articulación interfalángica distal por más de 4 semanas
2. Dolor y edema de tejidos blancos con o sin limitaciones del movimiento de las articulaciones periféricas envueltas en un patrón periférico asimétrico por más de 4 semanas. Este punto incluye la presencia de dedo en salchicha
3. Artritis periférica simétrica por más de 4 semanas en ausencia de factor reumatoide o nódulos subcutáneos
4. Hallazgos radiológicos: Deformidad en punta de lápiz, astillamiento de la interfalángica distal, periostitis y anquilosis ósea

**Criterio III:** Patrón central

1. Dolor y rigidez espinal con restricción del movimiento, presente por más de 4 semanas
2. Sacroilitis grado II de acuerdo a los criterios de Nueva Cork
3. Sacroilitis unilateral del grado III o IV

Se hace diagnóstico de artritis psoriática con el criterio I y por lo menos uno de los aspectos enumerados de los criterios II o III

En 1991 son publicados los criterios del grupo de estudio europeo para las espondiloartropatías<sup>55</sup>, los cuales fueron propuestos originalmente para realizar una clasificación de las espondiloartritis como grupo; sin embargo, en su definición están implícitos unos criterios para la clasificación de la AP. Cabe anotar, además, que estos son los primeros criterios en los que se admite una clasificación de AP sin que haya psoriasis cutánea<sup>55</sup> (Tabla 4).

En 1999 aparecen 2 nuevos criterios de clasificación para AP. Los propuestos por McGonagle<sup>57</sup> y los criterios de Fournié<sup>58</sup>. Los criterios de McGonagle proponen una definición de AP basados en la entesopatía. Los criterios originales tenían a la resonancia magnética nuclear como método de evaluación radiológica de la entesitis,

lo que los hacía poco prácticos con fines de tamizaje, pero el autor posteriormente propone como válida la utilización de radiografías simples para la evaluación de la entesitis (Tabla 5). Los otros criterios que aparecen al final de la década de los 90's son los de Fournié, los cuales se obtienen a partir de datos derivados de una población de pacientes diagnosticados por reumatólogos de una clínica con: AP, espondilitis anquilosante, y AR. Los componentes de estos criterios se obtuvieron a partir de datos clínicos evaluados en forma retrospectiva mediante modelos de regresión logística y análisis discriminante. Estos criterios, a diferencia de todos sus predecesores, son los únicos en utilizar una suma de puntos para establecer el diagnóstico de AP, de tal forma que con 11 puntos o más se considera este diagnóstico (Tabla 6). Cabe anotar que según la distribución de este

**Tabla 4. Criterios modificados del Grupo Europeo**

Dolor espinal inflamatorio
o
Sinovitis (asimétrica o predominantemente de miembros inferiores)
y
Una o más de las siguientes:
Historia familiar de psoriasis
Psoriasis

**Tabla 5. Criterios modificados de McGonagle**

Psoriasis o historia familiar de psoriasis
Más uno de los siguientes:
Clínica de entesitis inflamatoria
Entesitis radiográfica (reemplaza a evidencia de entesitis por RMN)
Compromiso de las articulaciones interfalángicas distales
Sacroilitis / inflamación espinal
Artropatías poco comunes (síndrome de SAPHO; espondilodiscitis, artritis mutilante, onicopauquidermo-periostitis, osteomielitis crónica recurrente multifocal)
Dactilitis
Monoartritis
Oligoartritis (4 o menos articulaciones inflamadas)

**Tabla 6. Criterios de Fournié**

Criterio	Puntos
Antecedente personal de psoriasis o inicio concomitante con síntomas articulares	6
Historia familiar de psoriasis (si el criterio 1 es negativo) o psoriasis después del inicio de los síntomas articulares	3
Artritis de una articulación interfalángica distal	3
Monoartritis asimétrica u oligoartritis	1
Dolor glúteo, dolor en talón, dolor espontáneo en la pared anterior del tórax o dolor inflamatorio difuso en entesis	2
Criterios radiológicos (cualquiera de los siguientes):	
Erosión de articulación interfalángica distal	
Osteolisis	
Anquilosis	
Periostitis juxta articular	
Resorción en "copete" falángica	5
HLA B16 o B17	6
Factor reumatoide negativo	5
Diagnóstico de artritis psoriática con 11 puntos o más	

puntaje, un paciente puede tener diagnóstico de AP sin presentar psoriasis ni artritis, así: si presenta historia familiar de psoriasis (3 puntos), factor reumatoide negativo (4 puntos) y HLA-B17 positivo (6 puntos) con lo que se alcanza la puntuación necesaria para hacer el diagnóstico.

Finalmente, en agosto del año 2006 fueron publicados los criterios de CASPAR: Classification criteria for Psoriatic ARthritis<sup>59</sup> (Tabla 7). Estos nuevos criterios fueron desarrollados por un grupo internacional de investigadores con experiencia acreditada en el estudio de la AP. El estudio eva-

**Tabla 7.** Criterios de CASPAR

Para cumplir los criterios de CASPAR el paciente tiene que tener 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  
Presencia actual de psoriasis se define como la psoriasis en la piel o en el cuero cabelludo evaluado por un reumatólogo o dermatólogo\*  
La historia personal de psoriasis es la historia de psoriasis que 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 psoriática ungueal, incluidos onicolisis, pitting e hiperqueratosis observados en la exploración actual.
3. Test negativo para el factor reumatoide determinado por cualquier método, excepto por látex. Es preferible mediante ELISA o nefelometría y los valores serán los del laboratorio local de referencia
4. Historia actual de dactilitis, definida como hinchazón de todo el dedo o una historia de dactilitis recogida por un reumatólogo
5. Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulación. Se trata de una osificación mal definida (excluidos osteofitos) observadas en radiografías simples de las manos o los pies

\*Psoriasis actual tiene una puntuación de 2; el resto de las características puntúan 1

luó la utilidad de los diversos criterios existentes para la clasificación de la AP y desarrolló unos nuevos de acuerdo a los datos observados. Los datos fueron recolectados en forma prospectiva de pacientes con artritis psoriática (n=588) y controles (n=536) con otras patologías reumatológicas: AR (70%), EA(13%), artritis indiferenciada (7%), enfermedades del tejido conectivo (3%) y otras enfermedades (5%). A diferencia de los 6 anteriores criterios para la clasificación de la AP, Los criterios de CASPAR son los primeros que se basan en datos prospectivos. En cuanto a los resultados obtenidos en términos de sensibilidad y especificidad, los criterios de CASPAR no superan a algunos criterios ya existentes como los de Vasey y Espinoza, con una menor sensibilidad, aunque con mayor especificidad (Tabla 8), pero lo que contribuye a su mayor solidez es la metodología empleada en su elaboración, que los diferencia claramente de sus predecesores. En la tabla 9 se resumen cada uno de los aspectos clínicos y paraclínicos que conforman los diferentes criterios de clasificación que hemos estudiado en el presente artículo.

Han pasado 36 años desde la aparición de los primeros criterios de clasificación de la AP y son muchos los avances que se han logrado a lo largo de este tiempo. Si bien han aparecido nuevas técnicas de imágenes diagnósticas que incluso hacen parte de algunos criterios y a pesar de la llegada de nuevas técnicas de labora-

**Tabla 8.** Rendimiento diagnóstico de los criterios de clasificación en artritis psoriática

Criterio	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
CASPAR	91	98
Vasey y Espinoza	97	96
Mc.Gonagle	98	91
Fournié	94	95
Grupo Europeo	74	91
Bennett	44	100
Moll y Wright	91	98

Referencias 1, 39, 56, 60

**Tabla 9. Características de los Criterios de Clasificación para artritis psoriática**

	CASPAR	Fournié	McGonagle	GEEE	Vasey	BennettMoll y Wright
Evidencia de psoriasis	+	+	+	+	+	+
Artritis periférica	—	+	+	+	+	+
Afectación de IFD	—	+	+	—	+	+
Factor reumatoide negativo	+	+	+	—	+	+
Sacroilitis clínica	—	+	+	+	—	—
Espondilitis clínica	—	+	+	+	+	—
Dactilitis	+	+	+	—	—	+
Características radiográficas	+	+	+	—	+	+
HLA	—	+	—	—	—	—
Historia familiar de psoriasis	+	+	—	+	—	—

IFD: Interfalángicas distales. GEEE: Grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías Modificado de referencia número 55

torio que han permitido tipificar el HLA, con su respectiva asociación hacia esta patología, la clínica permanece y permanecerá como pilar fundamental para llegar al diagnóstico de AP, con todas las características que el buen clínico puede encontrar a través de una adecuada anamnesis y un examen físico minucioso, detallado y adecuadamente dirigido. La multiplicidad en criterios de clasificación para AP, más que convertirse en una debilidad que pueda llevar a confusión en la práctica clínica diaria, debe llevarnos al estudio más profundo de esta entidad, aprovechando la rica experiencia de varios grupos de investigación a lo largo de los últimos años; que en últimas nos pueda conducir a una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica hacia nuestros pacientes.

### Referencias

- Helliwell PS, Taylor WJ. Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64 (Suppl III):113-118.
- Wright V. Rheumatism and psoriasis: a re-evaluation. *Am J Med* 1959;27:454-462.
- Baker H, Golging DN, Thompson M. Psoriasis and arthritis. *Ann Intern Med* 1963;58:909-925.
- Blumberg BS, Bunim JJ, Calkins E, Pirani CI, Zvaifler NJ. ARA nomenclature and classification of arthritis and rheumatism (tentative). *Arthritis Rheum* 1964;26:93-97.
- Christophers E. Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:314-320.
- Gupta A. Epidemiology of psoriasis as observed from the National Ambulatory Medical Care Survey, 1990-1999. *J Am Acad Dermatol* 2005;3:184.
- Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005;64:18-23.
- Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: Epidemiology. *Clin Dermatol* 2007;25:535-546.
- Kay L, Perry-James J, Walker D. The prevalence and impact of psoriasis in the primary care population in northeast England. *Arthritis Rheum* 1999; 42s299.
- Turkiewicz AM, Moreland RW. Psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2007;56;4:1051-1066.
- Miceli-Richard C, Van der Heijde, Dougados M. Spondyloarthropathy for practicing rheumatologists: diagnosis, indication for disease-controlling antirheumatic therapy, and evaluation of the response. *Rheum Dis Clin N Am* 2003;29:449-462.
- Braun J, Sieper J. Early diagnosis of spondyloarthritis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006;2:536-545.
- Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course and outcome. *Ann Rheum Dis* 2005;64:14-17.
- Zachariae H. Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:441-447.
- Soderlin MK, Borjesson O, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M. Annual incidence of inflammatory joint diseases in a population based study in southern Sweden. *Ann Rheum Dis* 2002;61:911-1165.
- Brockbank JE, Schettag C, Rosen C, Gladman DD. Psoriatic Arthritis is common among patients with



- psoriasis and family medical clinic attendees (abstract). *Arthritis Rheum* 2001;44(suppl 9):S94.
17. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, Smith N, Margolis DJ, Nijsten T, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:573-577.
  18. Shbeeb M, Uramoto KM, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol* 2000;27:1247-1250.
  19. Pedersen OB, Svendsen AJ, Ejstrup L, Skytthe A, Junker P. The occurrence of psoriatic arthritis in Denmark. *Ann Rheum Dis* 2008;67:1422-1426.
  20. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Time trends in epidemiology and characteristics of psoriatic arthritis over 3 decades: A population-based study. *J Rheumatol* 2009;36:361-367.
  21. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis. A systematic review. *J Rheumatol* 2008;35(7):1354-1358.
  22. Myers WA, Gottlieb AB, Mease P. Psoriasis and psoriatic arthritis: clinical features and disease mechanisms. *Clin Dermatol* 2006;24:438-447.
  23. Ritchlin C. Psoriatic disease – from skin to bone. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2007;3:698-705.
  24. Goupille P. Psoriatic arthritis. *Joint Bone Spine* 2005;72:466-470.
  25. Feuchtenberger M, Kleinert S, Tony HP, Kneitz C. Psoriatic arthritis: Therapeutic principles. *Clin Dermatol* 2008;26:460-463.
  26. Kane D, Stafford L, Bresnihan B, Fitzgerald O. A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology* 2003;42:1460-1468.
  27. Fitzgerald O. Psoriatic arthritis: one or more diseases?. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:435-450.
  28. Gladman DD. Psoriatic arthritis: Clinical features. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editores. En: *Primer on the rheumatic diseases*, 13ª edición. New York, USA: Springer;2008.p.173-177.
  29. Gorman JD. Psoriatic arthritis. En: Imboden J, Hellmann D, Stone J, editores. En *Current Rheumatology, diagnosis and treatment*, 2ª edición. New York, USA. Mc Graw-Hill Companies, 2007.capítulo 19.
  30. Mease PJ, Behrens F, Boehncke W-H, Feldman SR, Fitzgerald O, Gladman DD, et al. Discussion: Assessment of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:69-73.
  31. Brockbank J, Stein M, Schentag CT. Characteristics of dactylitis in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;62:188-190.
  32. Gladman DD, Helliwell P, Mease PJ, Nash P, Ritchlin C, Taylor W. Assessments of patients with psoriatic arthritis: a review of currently available measures. *Arthritis Rheum* 2004;50:24-35.
  33. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol ther* 2009;22:40-55.
  34. Kane D., Stafford L., Bresnihan B., et al: A prospective, clinical and radiological study of early psoriatic arthritis: An early synovitis clinic experience. *Rheumatology (Oxf)* 2003;42:1460-1468.
  35. Gladman DD, Rahman P. Psoriatic arthritis. En: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, Budd RC, Sarjent JS, editores. En: *Kelly's Testbook of Rheumatology*, 8ª edición. Philadelphia: WB Saunders Co, 2008:1102-1109.
  36. McHugh NJ. Other seronegative spondyloarthropathies. *Medicine* 2006;34:401-404.
  37. Qreshi AA, Dominguez P, Duffin K, Gladman DD, Helliwell P, Mease PJ, et al. Psoriatic arthritis screening tools. *J Rheumatol* 2008;36:1423-1425.
  38. McHugh NJ, Balachrisnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)* 2003;42:778-783.
  39. Leung YY, Lim KK. Psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2007;10264-10269.
  40. Ciocon DH, Kimball AB. Psoriasis and psoriatic arthritis: separate or one and the same?. *British J of Dermatol* 2007;157:850-860.
  41. Leung YY, Li EK, Leung MH, Kun EW, Tam LS. Psoriatic arthritis in Hong Kong. *Hong Kong J Dermatol Venereol* 2007;15:62-67.
  42. Burmester GR, Dorner T, Sieper J. Spondyloarthritis and chronic idiopathic arthropathies. En: Rose NR, Mackay IR editores. En: *The autoimmune diseases*, 4ª edición. St Louis: Elsevier 2006:437-452.
  43. Shibata S, Tada Y, Komine M, Hattori N, Osame S, Kanda N, et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and IL-23p19 in psoriatic arthritis. *J Derm Science* 2009;53:34-39.
  44. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, Tony HP. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnosis procedures. *Clin Dermatol* 2007;25:519-523.
  45. Mease P, Goffe BS. Diagnosis and treatment of psoriasis arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:1-19.
  46. Korendowych E, Owen P, Ravindran J, Carmichael C, McHugh N. The clinical and genetic associations of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44:1056-1060.
  47. Shibata S, Tada Y, Komine M, Hattori N, Osame S, Kanda N et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and IL-23p19 in psoriatic arthritis. *J Dermatol Sci* 2009;53:34-39.
  48. Candia L, Marquez J, Gonzalez C, Santos AM, Londoño J, Valle R et al. Low frequency of anticyclic citrullinated peptide antibodies in psoriatic arthritis but not in cutaneous psoriasis. *J Clin Rheumatol* 2006;12:226-229.
  49. Evangelisto A. Imaging in early arthritis. *Best Pract Res Clin Rheum* 2004;18:927-943.
  50. Taylor WJ, Porter GG, Helliwell PS. Operational definitions and observer reliability of the plain radiographic features of psoriatic arthritis. *J Rheum* 2003;30:2645-2658.

51. Zayas VM, Monu JU. Imaging of psoriatic arthritis. *Contemp Diagn Radiol* 2008;31:1-6.
52. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973;3:55-78.
53. Bennett RM. Psoriatic arthritis. En: McCarty DJ, editor. *Arthritis and Related Conditions*. Philadelphia: Lea and Febyger, 1979:645.
54. Vasey FB, Espinoza LR. Psoriatic arthritis. En: Calin A, editor. *Spondyloarthropathies*. Orlando: Grune and Stratton, 1984:151-185.
55. Dougados M, Van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991;34:1218-1227.
56. Fernández JL, Pértega S. Nuevos criterios en la clasificación de la artritis psoriásica. *Reumatol Clin* 2007;3:10-14.
57. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum* 1999;42:1080-1086.
58. Fournie B, Crognier L, Arnaud C, Zabraniecki L, Lascaux-Lefebvre V, Marc V, et al. Proposed classification criteria of psoriatic arthritis. A preliminary study in 260 patients. *Rev Rheum Engl Ed* 1999;66:446-456.
59. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis, development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006;54:2665-2673.
60. Taylor W, Marchesoni A, Arregghini M, Sokoll K, Helliwell PS. A comparison of the performance characteristics of classification criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2004;34:575-584.