

# **Sesión espondiloartritis**

**Dra. Ana Urruticochea Arana – Reumatóloga, Hospital de Son Espases**

# AGENDA

- Espondiloartritis axial
- Artritis psoriásica
- Criterios de derivación
- Conclusiones

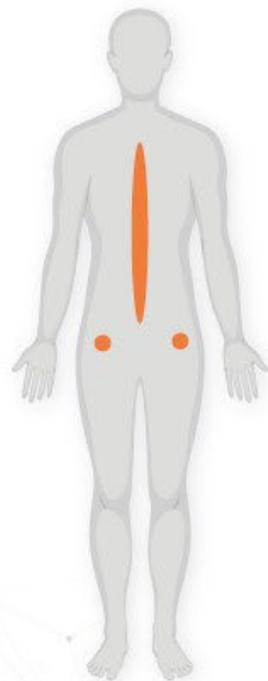


# **ESPONDILOARTRITIS AXIAL**

---

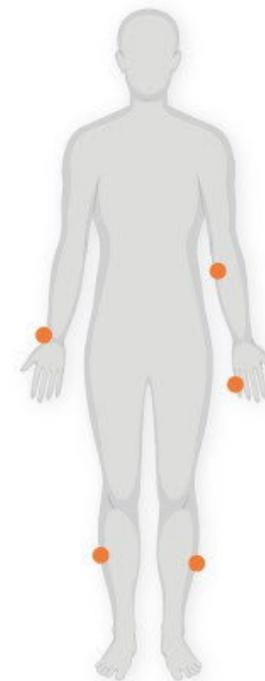
*El manejo de la Espondiloartritis Axial  
en Atención Primaria*

# Espondiloartritis de las articulaciones<sup>1</sup>



Espondiloartritis Axial

Grupo de enfermedades reumáticas relacionadas, caracterizadas por una **inflamación sistémica crónica**



Espondiloartritis periférica

1. Poddubny D, et al. Semin Arthritis Rheum. 2021;51(4):880-887.

# El dolor de espalda: la magnitud del problema<sup>1</sup>



Supone una **gran pérdida de calidad** de vida en los pacientes y ocasiona importantes **repercusiones socioeconómicas**

En España es el motivo del **12,5%** del total de bajas laborales<sup>2</sup>

Supone unas pérdidas cercanas a los **16.000** millones de euros (1,7% del PIB)<sup>2</sup>

1. Documento de consenso en dolor de espalda. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) - Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). ISBN: 978-84-945168-7-0. 2. Informe anual del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## Disminución de la calidad de vida

El dolor y la limitación funcional afectan tanto en la esfera física como en la psicológica y social<sup>1</sup>



El 70% de mujeres y el 60% de hombres sufren **ansiedad, trastorno del sueño o depresión**<sup>1</sup>.



El **21,1% necesita atención psicológica**, frente al 4,6% de la población general<sup>1</sup>.

**Hasta un 45% presenta riesgo de mala salud mental** (cuestionario general de salud GHQ-121).



**Las mujeres y los jóvenes mostraron mayor riesgo de mala salud mental**, respecto a los hombres y pacientes mayores, respectivamente<sup>1</sup>.



<sup>1</sup>. Atlas de Espondiloartritis axial en España 2017. Radiografía de la Enfermedad. ISBN. 978-84-617-9086-9.

# ¿Qué es la **espondiloartritis axial (EspAax)**?

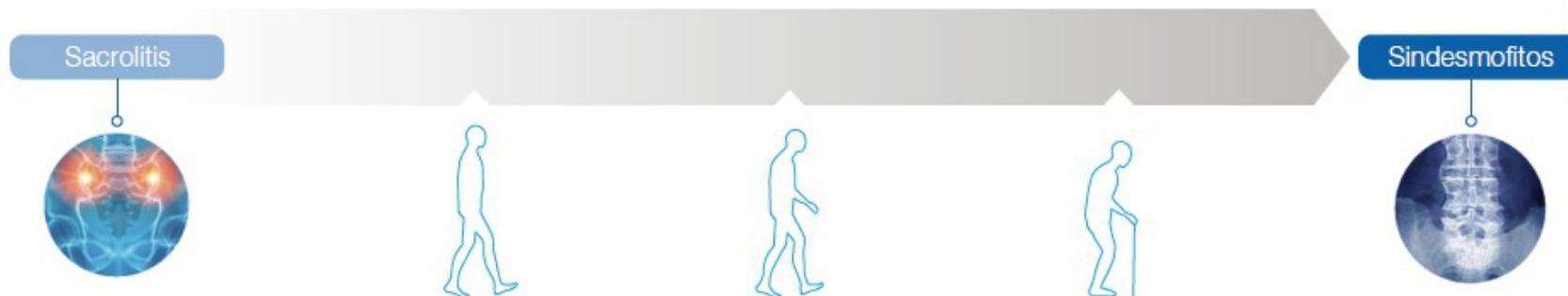
- Las espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades reumáticas caracterizadas por una **inflamación sistémica crónica**
- Clinicamente, se pueden clasificar como formas de **predominio axial o periférico**
- En la EspA axial, **la inflamación y el dolor** afectan fundamentalmente a la **columna y sacroilíacas**
  - Debuta en **jóvenes menores de 45 años**
  - El dolor de espalda crónico, de características inflamatorias, es el síntoma de debut más frecuente**



7. Atlas de espondiloartritis axial en España 2017. Radiografía de la enfermedad. ISBN. 978-84-617-9086-9. 8. Mapa internacional de la espondiloartritis axial (IMAS). EULAR 2019. 13. Seo MR, Baek HL, Yoon HH, et al. Delayed diagnosis is linked to worse outcomes and unfavourable treatment responses in patients with axial spondyloarthritis. Clin Rheumatol 2015;34:1397-405. doi:10.1007/s10067-014-2768. 14. Robinson PC, Brown MA. The window of opportunity: a relevant concept for axial spondyloarthritis. Arthritis Res Ther 2014;16:109. doi:10.1186/ar4561.

# La importancia de una detección precoz

## Dolor de espalda inflamatorio



La inflamación persistente puede desencadenar erosión y reparación ósea originando **nuevas formaciones óseas** (sindesmofitos).

A medida que los sindesmofitos crecen, forman un puente óseo entre las vértebras, llegando a **fusionarse o soldarse entre sí** y haciendo que la columna pierda su movilidad. En estadios avanzados, la extrema rigidez de la columna provoca un estado de **anquilosis**.

Si paramos la inflamación, se detiene el proceso de daño estructural hacia anquilosis ósea e incurvación del paciente como muestra la imagen. Por ello es importante el mensaje de no ser pasivo: **hay que actuar lo antes posible (ventana de oportunidad)**.

# La Espondiloartritis Axial tiene un **retraso diagnóstico de más de 8 años en España**<sup>1</sup>

**8,5**  
años



Transcurre mucho tiempo antes de que el paciente llegue al **Reumatólogo**<sup>7</sup>...

} Frecuentes derivaciones innecesarias:



de los pacientes acude antes al **traumatólogo** que al **reumatólogo**

} Antes del diagnóstico el paciente realiza muchas visitas a otros profesionales:



El retraso diagnóstico conlleva una **demora en la instauración del tratamiento más adecuado para cada paciente.**

} Las consecuencias pueden<sup>8</sup>:



Disminuir de forma importante la **calidad de vida** de los pacientes



Favorecer el **daño estructural** ligado a la enfermedad no tratada en los primeros años de evolución



Provocar **bajas laborales** prolongadas



Aumentar la **carga económica** del proceso

5. Golder V, Schachna L. Ankylosing spondylitis: an update. Aust Fam Physician 2013;42:780-4. 7. Atlas de Espondiloartritis axial en España 2017. Radiografía de la Enfermedad. ISBN: 978-84-617-9086-9. 8. Juanola X et al. Comparación de dos estrategias de derivación en el diagnóstico de la espondiloartritis axial en España. Estudio RADAR. Reumatol Clín 2013;9: 348-5. 10. En: PAS (pautas de actuación y seguimiento) dolor lumbar. Tornero Molina J et al. ISBN: 978-84-7867-316-2.

# La EspAax genera un incremento de costes a diferentes niveles a lo largo de la vida del paciente

En España, el coste total anual por paciente prevalente con EA asciende a 11.462,30€:

61,1%

Costes directos sanitarios<sup>1</sup>

Las especialidades más visitadas:

- Reumatología (26,3%)
- Medicina de Atención Primaria (20,1%)
- Psiquiatría/Psicología (16,8%)
- Fisioterapia (14,2%)

5,3%

Costes directos no sanitarios<sup>1</sup>

El mayor coste se corresponde con las **terapias rehabilitadoras o ejercicio físico**

33,6%

Costes indirectos: Pérdida de productividad laboral<sup>1</sup>

- El mayor coste fue el atribuido a los pacientes que tuvieron que abandonar de forma prematura el mercado laboral (**por prejubilación o incapacidad laboral permanente**), con una media de **16.290,6 €**.
- En segundo lugar, se encuentran los **desempleados**, con **11.250,7€**.
- Por último, aunque parte de pacientes con EA se encontraban trabajando, tuvieron pérdidas de productividad laboral por **absentismo** equivalentes a **483,6€** por paciente y año.

EA: Espondiloartritis Anquilosante.

1. Atlas de Espondiloartritis axial en España 2017. Radiografía de la Enfermedad. ISBN. 978-84-617-9086-9.

# Clasificación del dolor de espalda<sup>1,3</sup>



1. Documento de Consenso en dolor de espalda. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)-Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). ISBN: 978-84-945168-7-0. 3. Sieper et al. Lancet. 2017;390(10089):73-84.

# Diagnóstico diferencial: los pacientes con EspAax debutan habitualmente con **dolor lumbar inflamatorio**<sup>3</sup>

## Dolor mecánico vs dolor inflamatorio

### Dolor mecánico<sup>1</sup>



· Aparición a **cualquier edad**



· Inicio **súbito**



· Duración **< 6 semanas** (Agudo)



· No suele despertar al paciente durante la noche



· Aumenta con el esfuerzo físico. **Mejora con el reposo**



· No suele acompañarse de **rigidez matutina**

### Dolor inflamatorio<sup>1,2</sup>



· Aparición **< 45 años**



· Inicio **insidioso / gradual**



· Duración **> 3 meses** (crónico)



· **Nocturno:** despierta al paciente y obliga a levantarse



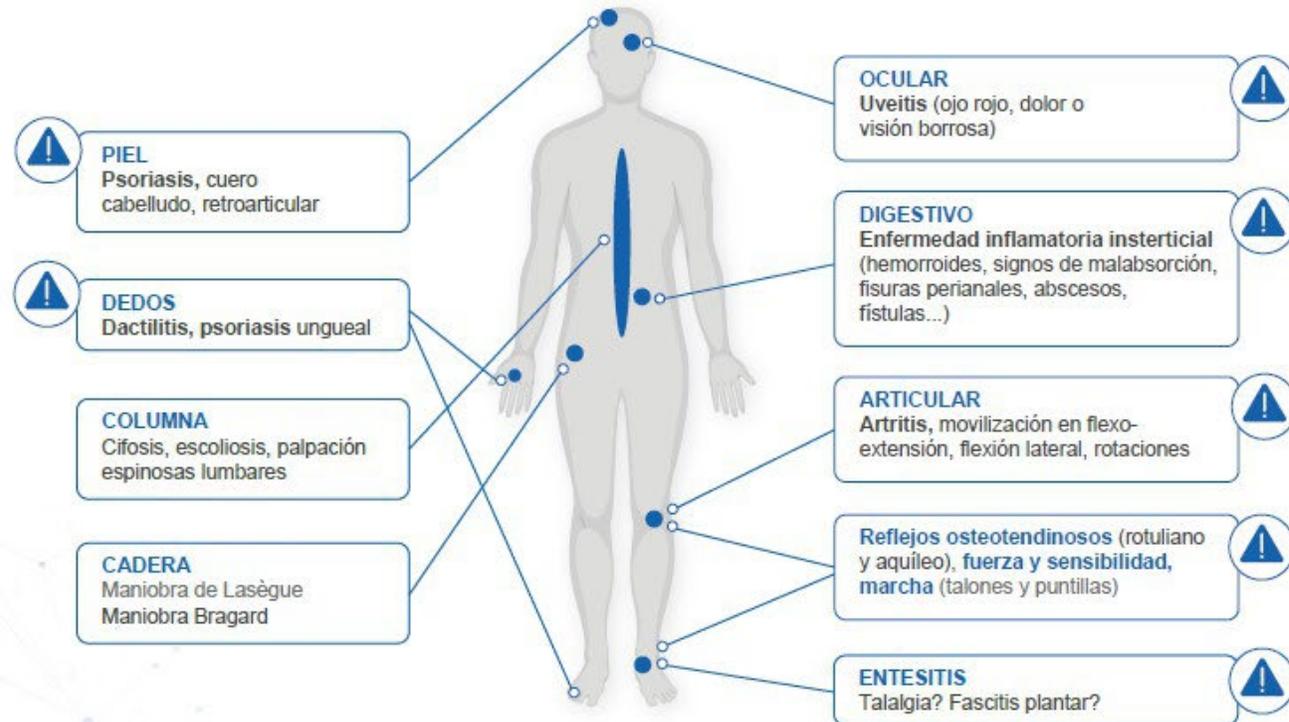
· **Mejora con la actividad física.** Empeora con el reposo



· Suele acompañarse de **rigidez matutina > 30 minutos**

# Exploración física

Indagar la presencia de signos de manifestaciones articulares y extra-articulares



León Vazquez F. Lumbalgia. Presentado en CS Universitarios San Juan de la Cruz; Pozuelo de Alarcón.

# Manifestaciones clínicas de la **espondiloartritis**<sup>1-3</sup>

## Manifestaciones articulares

- **Espondilitis:** dolor de espalda y especialmente de ritmo inflamatorio
- **Sacroilitis:** dolor alternante en nalgas
- **Entesitis:** dolor en la inserción del tendón al hueso
- **Artritis periférica:** dolor e impotencia funcional (dificultad para realizar movimiento)
- **Dactilitis:** inflamación conjunta de articulaciones y tendones de los dedos

## Manifestaciones extraarticulares

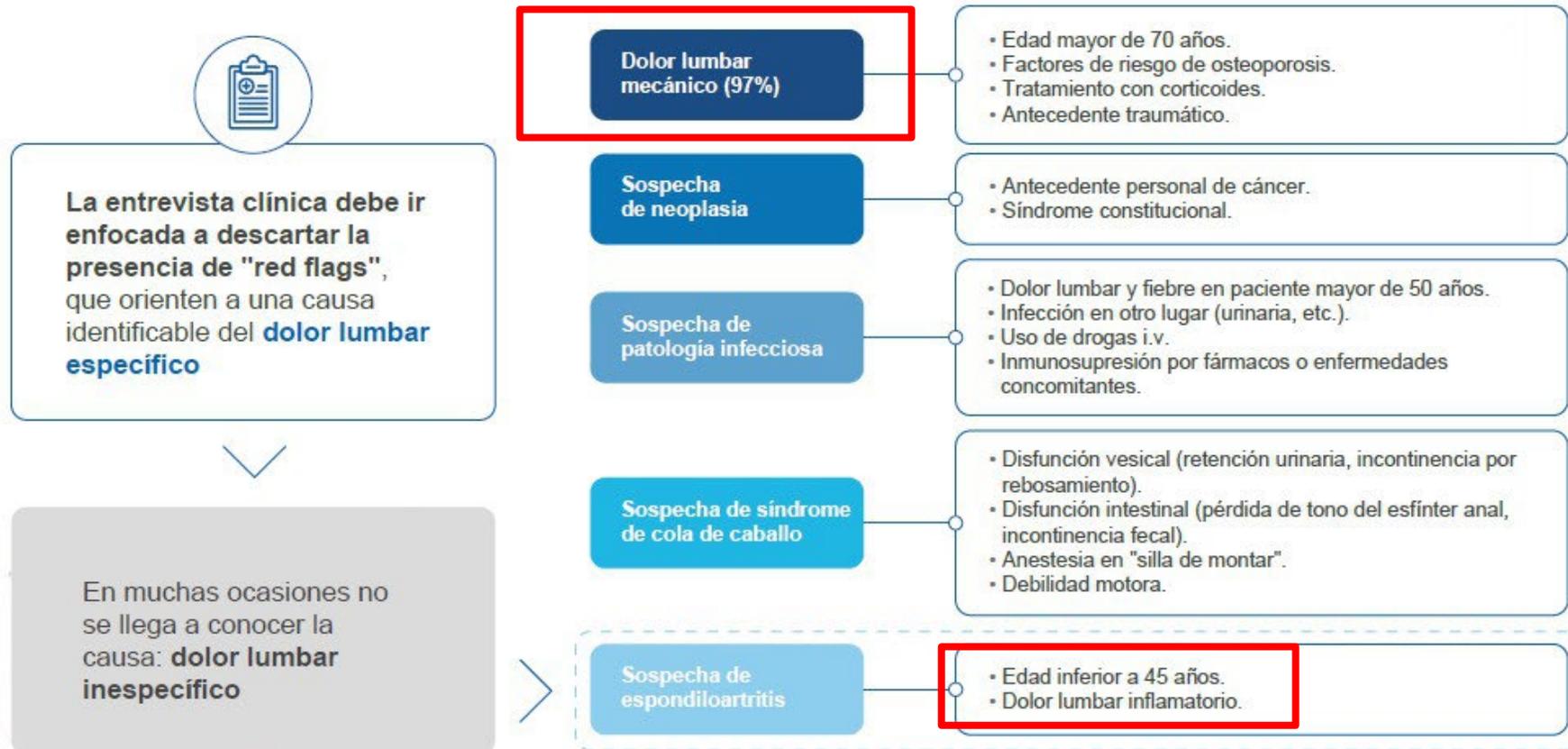
- **Uveítis:** dolor ocular, enrojecimiento, visión borrosa
- **Psoriasis y otras alteraciones de la piel**
- **Enfermedad inflamatoria crónica intestinal** (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)

## Comorbilidades

- **Afectación Cardiovascular (CV):** mayor prevalencia de enfermedad CV y de sus factores de riesgo, dislipiaemia, hipertensión, DM tipo 2, obesidad.
- **Osteoporosis**
- **Afectación pulmonar y renal:** restricción pulmonar debida a la rigidez costo-vertebral. **Nefropatía.**

1. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUA. Madrid: SER; 2018. 2. Fernández Carballido et al. En: Enfermedades reumáticas: Actualización SVR. Valencia: Ibáñez y Plaza; 2013. p. 533-61. 3. Sieper et al. Lancet. 2017;390(10089):73-84.

# Anamnesis: enfocada a descartar síntomas de alarma



Modificado de : Salvatierra Ossorio J. lumbalgia. En: Manual SER de Enfermedades Reumáticas. 5ª edición. 2014:93-99.

## Paciente diana: sospecha diagnóstica de Espondiloartritis axial



Paciente < 45 años  
con dolor de  
espalda crónico  
inflamatorio



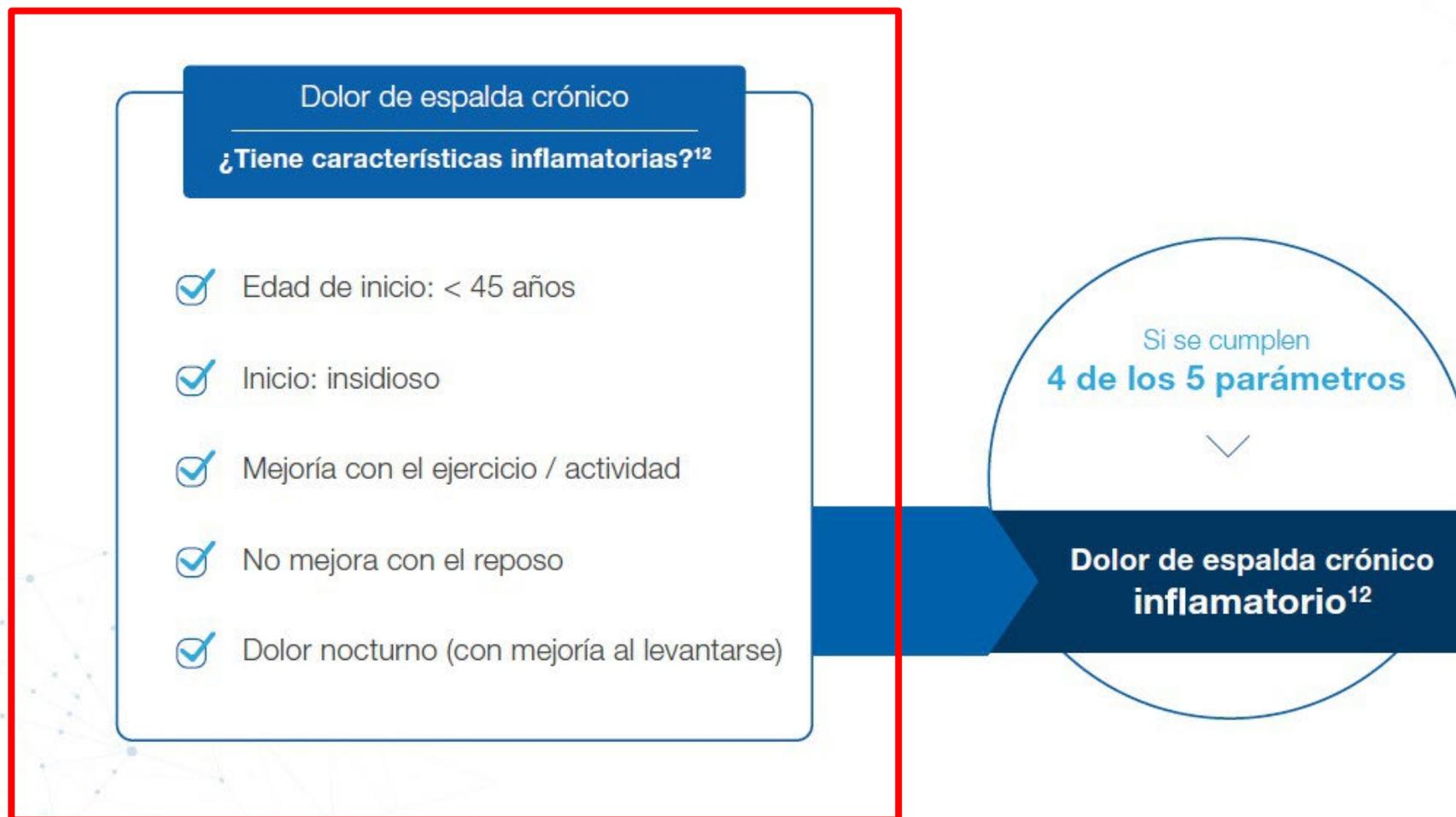
El dolor LUMBAR CRÓNICO en  
pacientes menores de 45 años  
y con características  
INFLAMATORIAS debe hacer  
sospechar la presencia de  
espondiloartritis<sup>1</sup>.

*Es la forma de debut  
más habitual de la  
enfermedad.*

1. Juanola et al. Reumatol Clin. 2013;9(6):348-52.

## El médico de familia:

un papel esencial en el diagnóstico precoz<sup>12</sup>



<sup>12</sup> New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Sieper et al. Ann Rheum Dis 2009;66:764-8.

# La realidad del paciente con Espondiloartritis Axial<sup>1</sup>



<sup>1</sup>. Atlas de Espondiloartritis axial en España 2017. Radiografía de la Enfermedad. ISBN. 978-84-617-9086-9.

# El médico de AP tiene un papel clave en el seguimiento de pacientes con Espondiloartritis axial: Pregunta a tu paciente si presenta...

- 1 **Enfermedad activa** a pesar de tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos <sup>1-3</sup>
- 2 Enfermedad activa y **circunstancias que desaconsejen/contraindiquen el uso de antiinflamatorios no esteroideos** <sup>4,5</sup>
- 3 **Deseo gestacional/embarazo**<sup>6</sup>
- 4 **Antecedente/síntomas compatibles con uveítis**<sup>1,7-10</sup>
- 5 **Síntomas de la enfermedad inflamatoria intestinal(EII)**<sup>1</sup>
- 6 Episodios de **artritis periférica de repetición**<sup>1,11-15</sup>

Considerar remitir a tu paciente al reumatólogo si la respuesta es **SÍ** a cualquier pregunta de las anteriores

AP: Atención Primaria.

1. Ghitacoba J, Diaz Del Campo Pontecha P, Fernández-Carbalido C et al. Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on the Use of Biological Therapies in Axial Spondyloarthritis. *Rheumatol Clin*. 2016 Nov-Dec;14(6):320-333. English, Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2017.06.008. Epub 2017 Oct 16. PMID: 29059336.  
2. Barlen D, Sieper J, Braun J, Banalakar X, Dougados M, Emery P et al. Secukinumab, an interleukin-17A inhibitor, in ankylosing spondylitis. *N Engl J Med*. 2015;373:2534-46. 3. Braun J, Banalakar X, Decoster A. Effect of secukinumab on clinical and radiographic outcomes in ankylosing spondylitis: 2-year results from the randomized phase III MEASURE 1 study. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:1070-7.  
4. Swenander A, Peterson IF, Stegman D, Englund M. Population-based estimates of common comorbidities and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res*. 2011;23:530-6. 5. Haseon NN, Paterson JM, Li F, Inman RD, Haseon N. Patients with ankylosing spondylitis have increased cardiovascular and cerebrovascular mortality: A population-based study. *Ann Intern Med*. 2015;163:609-16. 6. Martínez López JA. Devolución almatriculación: ¿es seguro el uso de ANE durante el embarazo en mujeres con adicción crónica? *Rheumatol Clin*. 2008;4(5):101-6. 7. Ruchwalski M, Rosenbaum JT, Landewe R, Mezo-Ortega H, Sieper J, van der Heijde D, et al. Observed incidence of uveitis following certolizumab pegol treatment in patients with axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res*. 2016;28:338-44. 8. Braun J, Banalakar X, Listing J, Sieper J. Decreased incidence of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. *Arthritis Rheum*. 2006;52:2447-51. 9. Liu E, Lindstedt U, Zverlova-Sandström T, Olsson IC, Forsblad-d'Elia H, Askling J, et al. The effect of TNF inhibitor treatment on occurrence of anterior uveitis in ankylosing spondylitis: Results from the Swedish Biologics Register. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67 Suppl 10:1271-2. 10. Guignard G, Gossac L, Sallot C, Ruyssen-Witrand A, Luc M, Ducrocq C, et al. Efficacy of tumour necrosis factor blockers in reducing uveitis flares in patients with spondyloarthritis: A retrospective study. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:1691-4. 11. Brandt J, Habel H, Reddy J, Sieper J, Braun J. Successful short term treatment of severe undifferentiated spondyloarthritis with the anti-tumor necrosis factor-alpha monoclonal antibody infliximab. *J Rheumatol*. 2002;29:118-22. 12. Marzo-Ortega H, McGonagle D, Gomez P, Emery P. Efficacy of etanercept in the treatment of the enthesal pathology in resistant spondyloarthritis: A clinical and magnetic resonance imaging study. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2113-7. 13. Knäuper F, de Ryckel L, Roth J, Mielante H, van den Bosch F, de Kover P, et al. Immunomodulatory effects of etanercept on peripheral joint synovitis in the spondyloarthritis. *Arthritis Rheum*. 2005;52:3088-93. 14. Gleisberg S, Dalgaard M, Dreyer L, Krogh NS, Terp U, Hansen MS, et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 704 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor alpha therapy: Results from the nationwide Danish DANISO registry. *Arthritis Rheum*. 2011;53:983-90. 15. Juarez-Roux et al / *Rheumatol Clin*. 2015;11(5):90-96.

# El papel del Médico de AP en el viaje del paciente con EspAax

## DIAGNÓSTICO PRECOZ

### Dolor de espalda crónico

¿Tiene características inflamatorias?<sup>1,6</sup>

- ✓ Edad de inicio: < 45 años
- ✓ Inicio: insidioso
- ✓ Mejoría con el ejercicio / actividad
- ✓ No mejora con el reposo
- ✓ Dolor nocturno (con mejoría al levantarse)

Considerar remitir a tu paciente al reumatólogo si se cumplen 4 de los 5 parámetros

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES

### Dolor lumbar inflamatorio

¿Está controlada la enfermedad?

- ✓ Enfermedad activa a pesar de tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos<sup>1-3</sup>
- ✓ Enfermedad activa y circunstancias que desaconsejen/contraindiquen el uso de antiinflamatorios no esteroideos<sup>4,5</sup>
- ✓ Deseo gestacional/embarazo<sup>6</sup>
- ✓ Antecedente/síntomas compatibles con uveítis<sup>1,7-10</sup>
- ✓ Síntomas de la enfermedad inflamatoria intestinal(EII)<sup>1</sup>.
- ✓ Episodios de artritis periférica de repetición<sup>1,11-15</sup>.

Considerar remitir a tu paciente al reumatólogo si la respuesta es Sí a cualquier pregunta de las anteriores

<sup>1</sup>Qin H, et al. Infliximab in ankylosing spondylitis. N Engl J Med. 2015;373:2034-46. 3. Swain J, Benlikaya K, Oudner A. Effect of secukinumab on clinical and radiographic outcomes in ankylosing spondylitis: 2-year results from the randomized phase III MEASURE 1 study. Ann Rheum Dis. 2017;76:1070-7. 4. Hernandez A, Peterson J, Bergren S, Englund M. Population-based estimates of common comorbidity and cardiovascular disease in ankylosing spondylitis. Arthritis Care Res. 2011;23:590-6. 5. Haroon NN, Peterson JM, Li P, Inman RD, Haroon N. Patients with ankylosing spondylitis have increased cardiovascular and cerebrovascular mortality: A population-based study. Ann Intern Med. 2015;162:409-16. 6. Martínez López JA. Revisión sistemática: ¿es seguro el uso de ANIE durante el embarazo en mujeres con enfermedad reumática? Reumatol Clin. 2008;4(5):191-6. 7. Rudwaleit M, Rozewicz J, Landewe R, Marzo-Ortega H, Sieper J, van der Heijde D, et al. Observed incidence of uveitis following certolizumab pegol treatment in patients with axial spondyloarthritis. Arthritis Care Res. 2015;58:636-44. 8. Swain J, Benlikaya K, Usting J, Sieper J. Decreased incidence of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. Arthritis Rheum. 2009;52:2447-51. 9. Liu S, Lindström U, Zverikova-Sandström T, Olsson IC, Forsblad-d'Elia H, Askling J, et al. The effect of TNF inhibitor treatment on occurrence of anterior uveitis in ankylosing spondylitis: Results from the Swedish Biological Register. Arthritis Rheumatol. 2015;57 Suppl 10:1271-2. 10. Gulstrand S, Gornow L, Sjöbot C, Rysew-Wikstrand A, Luo M, Quada M, et al. Efficacy of tumour necrosis factor blockade in reducing uveitis flares in patients with spondyloarthritis: A retrospective study. Ann Rheum Dis. 2006;25:1521-4. 11. Strand J, Helzel H, Raddig J, Sieper J, Braun J. Successful short term treatment of severe undifferentiated spondyloarthritis with the anti-tumor necrosis factor-alpha monoclonal antibody infliximab. J Rheumatol. 2002;29:119-22. 12. Marzo-Ortega H, McGonagle D, O'Connor P, Emery P. Efficacy of etanercept in the treatment of the enthesal pathology in resistant spondyloarthritis: A clinical and magnetic resonance imaging study. Arthritis Rheum. 2001;44:2112-7. 13. Koutouf S, de Ryck L, Roth J, Milavets H, van den Bosch F, de Keyser F, et al. Immunomodulatory effects of etanercept on peripheral joint synovitis in the spondyloarthritis. Arthritis Rheum. 2005;52:3588-90. 14. Gilbertson B, Ostergaard M, Dreyer L, Krogh NS, Terp U, Hansen MS, et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 794 patients with psoriatic arthritis treated with anti-tumor necrosis factor alpha therapy: Results from the nationwide Danish DANBIO registry. Arthritis Rheum. 2011;53:382-90. 15. Jansen Jousa et al. / Rheumatol Clin. 2015;11(2):90-96. 16. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Sieper et al. Ann Rheum Dis. 2009;58:794-6.



ASESORES DE SOLUCIONES  
INNOVADORAS

# ARTRITIS PSORIÁSICA

*El manejo de la Artritis Psoriásica  
en Atención primaria*

# ¿Qué es la Artritis Psoriásica (APS)?



La prevalencia de la  
psoriasis en España  
es del **2,3%**<sup>1</sup>



Hasta un **41%** de los  
pacientes con psoriasis  
pueden padecer **artritis  
psoriásica**<sup>2</sup>

1. Ferrández C, et al. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr.* (2014). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.12.008>. 2. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, Ferrán M, Colo-Segura P, Rivera R, Vidal D, Rodríguez L, de la Cueva P, Gueto R. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos. *Actas Dermosifiliogr.* (2020). [doi: https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.06.004).

# La Artritis Psoriásica tiene un **retraso diagnóstico de hasta 5 años en España**<sup>1</sup>

PRESENTACIÓN  
SINTOMÁTICA

**2** AÑOS

**10** AÑOS

**5 años**

**25-27%**  
de los pacientes  
presenta  $\geq 1$   
erosión<sup>4</sup>

Enfermedad erosiva  
en el **47%**  
de los pacientes<sup>5</sup>

**58%**  
de los pacientes  
presenta  
 $\geq 5$  articulaciones  
deformadas<sup>6</sup>



**6 meses**  
de retraso  
diagnóstico



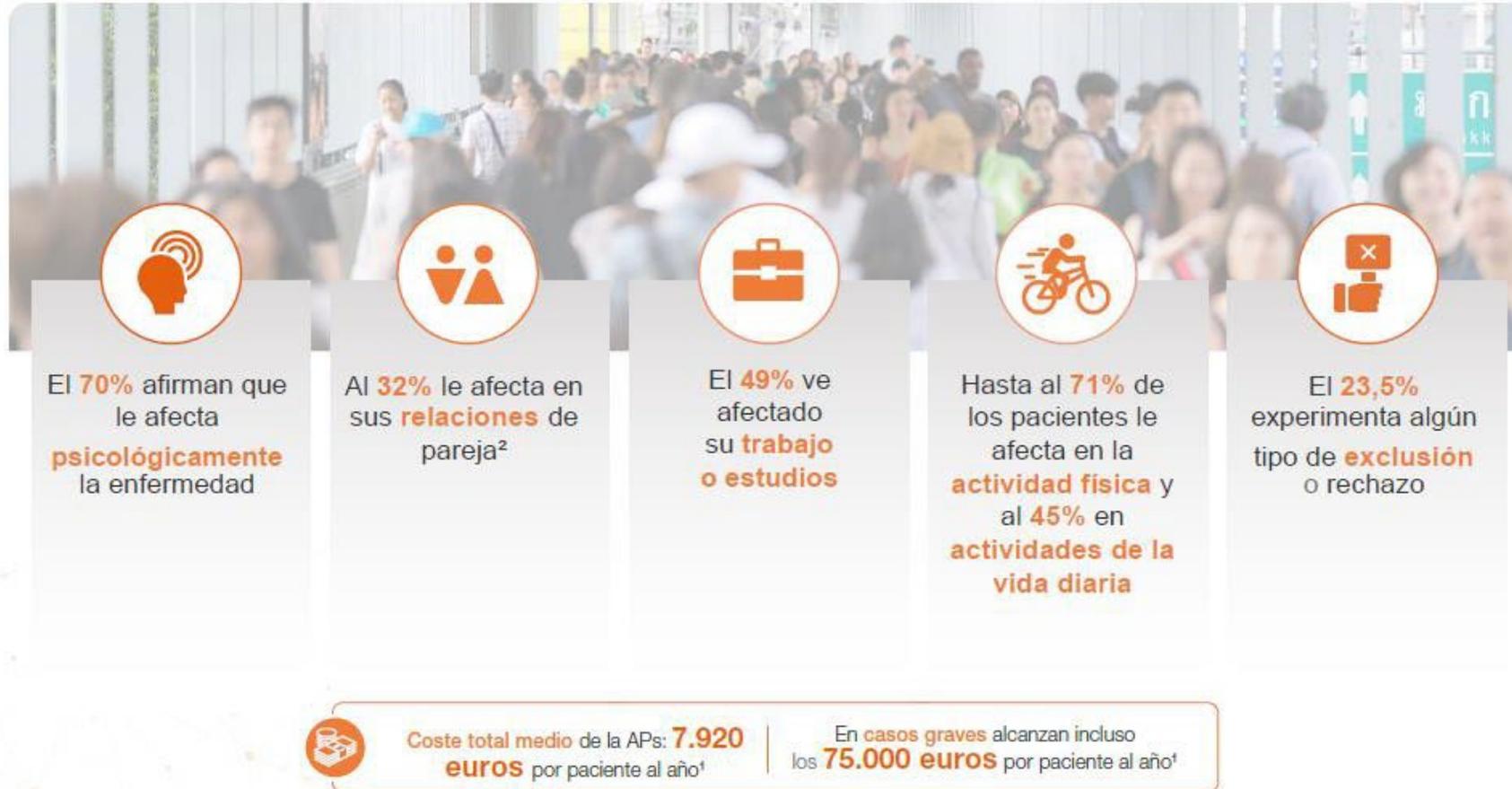
suficientes para la evolución del **daño articular**  
y la **discapacidad funcional** a largo plazo<sup>2,3</sup>



El **médico de atención primaria** tiene un **papel clave** en la **sospecha y derivación precoz** al reumatólogo de los pacientes con artritis psoriásica<sup>7,8</sup>

1. Guillón Astete et al. Retraso y recorrido diagnóstico de pacientes con artritis psoriásica en España. *Rheumatología Clínica*. Julio 6 /2020. 2. Haroon M et al. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(5):1045-50. 3. Tillot W et al. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1358-61. 4. Kano D et al. *Rheumatology*. 2003;42(12):1460-8. 5. Coates LC et al. *Lancet*. 2015;386(10012):2489-98. 6. Gladman DD et al. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994;8(2):379-94. 7. Ballester MM et al. Barcelona: Simlyc Ediciones; 2011. 8. López-Ferraz A et al. *Actas Dermosifilogr*. 2014;105(10):913-22.

# Impacto en la calidad de vida y carga económica



<sup>1</sup>. Ortaola LC et al. Reumatología Clínica. <sup>2</sup>. Según los datos presentados por la Sociedad Española de Reumatología y Acción Psoriasis en 2017, sobre una encuesta realizada a pacientes con artritis psoriásica.

# Principales síntomas de la Artritis Psoriásica



El diagnóstico de sospecha es **CLÍNICO**<sup>1</sup>

Los expertos recomiendan **buscar activamente manifestaciones de APs** en pacientes con psoriasis, al menos una vez al año e idealmente cada 6 meses<sup>6</sup>

**5** síntomas clave

El **73%** de los pacientes con APs presenta más de 1 manifestación<sup>1</sup>

**96%**<sup>2</sup>  
Artritis periférica



**85%**<sup>5</sup>  
Psoriasis



**70%**<sup>4</sup>  
Afectación axial



**40-50%**<sup>2</sup>  
Dactilitis



**30-50%**  
Entesitis



Prestar especial atención a los signos de alerta en los pacientes con psoriasis o con un familiar de primer grado con psoriasis

1. Aho G, Zettlitz B, Joseph F, Marola (2019): Psoriatic arthritis for dermatologists. *Journal of Dermatological Treatment*, DOI: 10.1089/09648834.2019.1606142. 2. Ritchlin CT, et al. *N Engl J Med*. 2017;376:957-970. 3. Ogdie A, et al. Abstract 2474 presentado en el ACR/AFIP Annual Meeting, 8-13 de noviembre de 2019, Atlanta (EE.UU.). *Arthritis Rheumatol*. 2019;71 (suppl 10), 4. Feld J, et al. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14:363-371. 5. Zhang A, et al. *Clin Dermatol*. 2018;36:651-602; 6. Balmón I, Selgado-Boqueto L, López-Ferraz A, Farrán M, Coto-Segura P, Hivori R, Vidal D, Rodríguez L, de la Cueva P, Quirós R, El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos, *Actas dermatológicas* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.08.004>.

# Síntomas claves de la Artritis Periférica

96%<sup>4</sup>

Artritis periférica



- **Dolor articular inflamatorio**<sup>3</sup>
- **Calor, enrojecimiento e hinchazón**
- **Movilidad limitada de la articulación**
- **Deformación**



En función del número de articulaciones afectadas, la artritis periférica se puede clasificar en<sup>1,2</sup>:

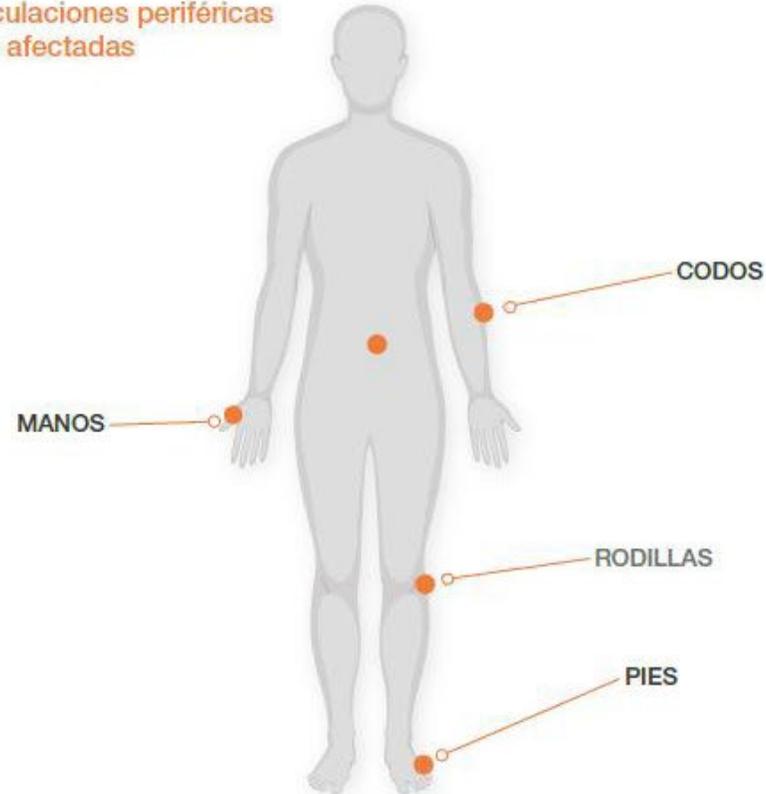
## Oligoarticular

- $\leq 4$  articulaciones
- Distribución mayormente asimétrica

## Poliarticular

- $\geq 5$  articulaciones
- Distribución mayormente simétrica

## Articulaciones periféricas más afectadas



1. Richlín CT, et al. *N Engl J Med*. 2017;376:967-970. 2. Moll JM, Wright V. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3:65-78. 3. Artritis psoriásica. Grupo de trabajo de Psoriasis (GPA) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). 4. Richlín CT, et al. *N Engl J Med*. 2017;376:967-970.

# Síntomas claves de la **Psoriasis**

85%<sup>2</sup>

Psoriasis



La psoriasis ungueal se da en más del **80%** de los pacientes

Puede ser bastante dolorosa y reducir la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente<sup>3</sup>



- Lesiones en la piel en zonas evidentes
- Lesiones en la piel en zonas escondidas, que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollo de APs<sup>1</sup>

La intensidad de la psoriasis aumenta el riesgo de artritis psoriásica<sup>1</sup>. Tener **más de tres sitios** del cuerpo afectados por psoriasis (en comparación a un sitio) se asoció con un **riesgo 2,24 veces mayor de desarrollar artritis psoriásica<sup>2</sup>**

La ubicación de la psoriasis puede aumentar el riesgo de artritis psoriásica, con un riesgo de **3,89 veces mayor en cuero cabelludo, 2,35 en zona interglútea y perianal<sup>1</sup>**.

1. Wilson FC, Ison M, Crowson GS et al. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A population-based study. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 233-9. 2. Zhang A, et al. v. 2018;36:561-602. 3. Ogdie A, Weiss P. *Rheum Dis Clin North Am* 2015 November ; 41(4): 545-568. doi:10.1016/j.rdc.2016.07.001. 4. Balinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferraz A, Ferrán M, Coto-Segura P, Fivora R, Vidal D, Rodríguez L, de la Cueva P, Quiero R. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos. *Actas dermatológicas* (2020). doi: https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.06.004. 5. Mease PJ, et al. *J Am Acad Dermatol* 2013;69:729-735.

# Las **lesiones ungueales** ocurren en más del **80%** de los **pacientes** con **Artritis Psoriásica**<sup>1</sup>

La psoriasis ungueal se asocia con un riesgo de **2,93** veces mayor de padecer Artritis psoriásica

La psoriasis ungueal suele ir acompañada de psoriasis en el **pliegue interglúteo** o el **cuero cabelludo**<sup>1</sup>



Psoriasis del pliegue interglúteo, que suele acompañar a la psoriasis ungueal y artropática, especialmente en varones<sup>1</sup>



Psoriasis del cuero cabelludo, especialmente asociado a psoriasis ungueal<sup>1</sup>

1. Actas Dermosifilogr. 2008;99:34-43(1) M.Sánchez-Peña, P.Umbert. Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la psoriasis ungueal.

# Síntomas clave

## Afectación Axial

70%<sup>4</sup>

Afectación axial



### Características del dolor inflamatorio<sup>2,3</sup>

- Duración > 3 meses (crónico)
- Inicio insidioso/gradual
- Mejora con el ejercicio/actividad física. Empeora con el reposo
- Nocturno: despierta al paciente y le obliga a levantarse
- Suele acompañarse de rigidez



- Dolor crónico lumbar
- Dolor crónico en glúteos, caderas y detrás de los muslos<sup>1</sup>
- Movilidad y flexibilidad limitadas



1. Balinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, Ferrán M, Colo-Segura P, Rivera R, Vidal D, Rodríguez L, de la Cueva P, Quirós R, El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la eritritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos, *Actas dermatológicas* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.06.004>. 2. Documento de consenso an dolor de espalda. Síntomas y tratamiento. Barcelona: EDITTEC; 2016. 3. Juánola et al. *Rheumatol Clin*. 2015;11(2):90-8. 4. Feld J, et al. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14:363-371.

# Síntomas clave

## Dactilitis

40-  
50%<sup>2</sup>  
Dactilitis



- *Hinchazón y enrojecimiento de los dedos en su totalidad*<sup>1</sup>
- *Sin dolor*
- *Aspecto de “dedo en salchicha”*

En el **57%** de los casos afecta a **múltiples dedos**<sup>3</sup>  
En el **58%** de los pacientes es **asimétrica**<sup>3</sup>  
Es más frecuente en **los dedos de los pies**<sup>3</sup>



1. Artritis psoriásica. Grupo de trabajo de Psoriasis (GPs) de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). 2. Fitchin CT, et al. *N Engl J Med*. 2017;376:967-970. 3. Brookbank JE, et al. *Ann Rheum Dis*. 2006;64:188-190.

# Síntomas clave

## Entesitis

30-  
50%<sup>6</sup>  
Entesitis



- **Dolor e hinchazón en las entesis** (tendón de Aquiles, fascia plantar, tendón del cuádriceps, ligamento rotuliano, cresta iliaca)<sup>4</sup>

### Zonas más frecuentes de entesitis<sup>1</sup>:

24%

Inserción  
del tendón  
de Aquiles

21%

Fascia  
plantar

17%

Epicóndilo  
lateral



### Los pacientes con APs y entesitis tienen<sup>1,2,3</sup>:

- **Mayor actividad** de la enfermedad
- Peor estado funcional
- **Calidad de vida** reducida
- Impacto negativo en el **rendimiento laboral**
- **Mayor daño articular** periférico y axial radiológico

### Detección de entesitis: clave para la identificación temprana

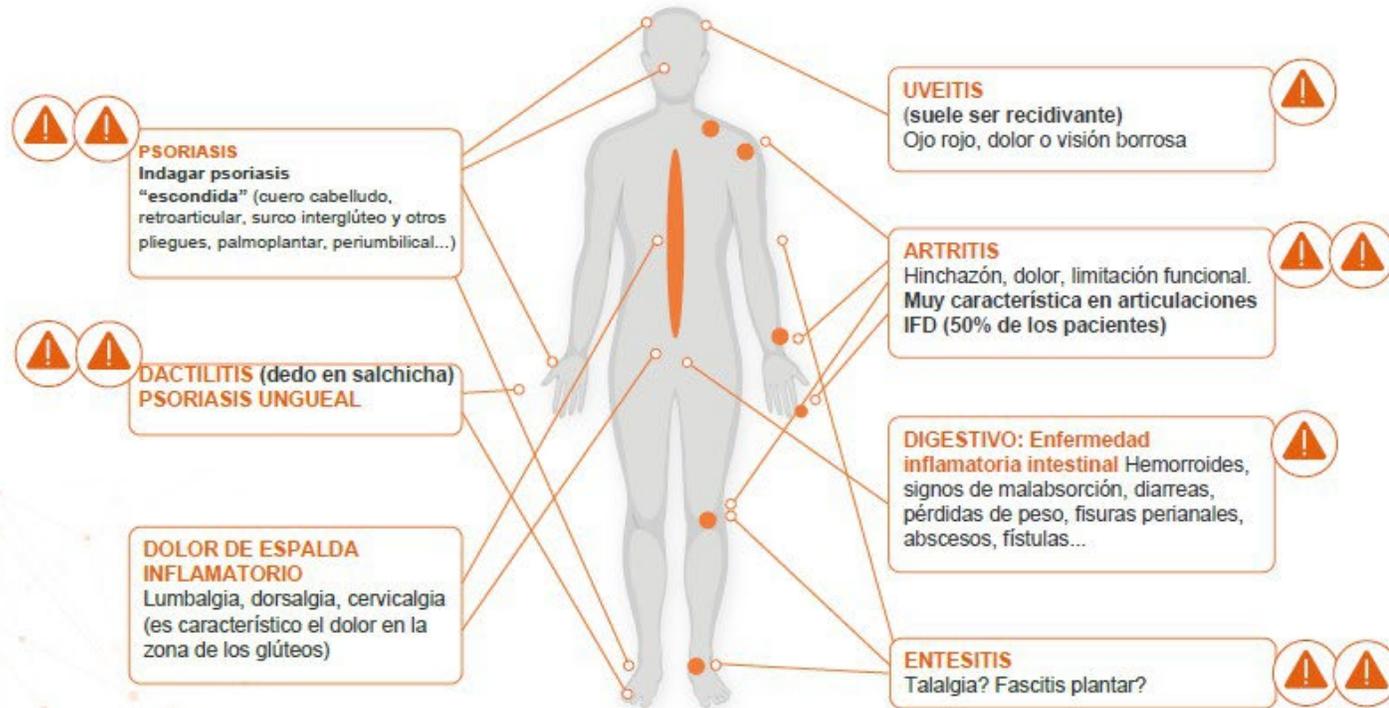
En pacientes con psoriasis, la entesitis es la lesión primaria que precede al desarrollo de las manifestaciones esqueléticas de APs<sup>5</sup>

1. Polacheck A, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;30:1836-1891. 2. Maeso PJ, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;30:1802-1809. 3. Polacheck A, et al. *Arthritis Res Ther*. 2017;19:180. 4. Bolinchián I, Salgado-Boquato L, López-Ferraz A, Ferrán M, Coto-Segura P, Fivero R, Vidal D, Rodríguez L, de la Cueva P, Quiero R. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica: recomendaciones de un grupo de expertos. *Actas dermatológicas* (2020). doi: <https://doi.org/10.1018/act.2020.06.004>. 5. J. Balasco y N. Wai. *Rheumatol Ther* 2019;6: 305-15. 6. Fitzhin CT, et al. *N Engl J Med*. 2017;378:967-970.

# Exploración física

Indagar la presencia de signos de manifestaciones articulares y extra-articulares

Es importante la evaluación de la enfermedad cutánea y ungueal, teniendo en cuenta los patrones de estas.



# El paciente con Artritis Psoriásica en la consulta de Atención Primaria

## Anamnesis

- **Síntomas cutáneos de psoriasis:**  
tipo y severidad
- **Síntomas articulares**
  - Dolor axial
  - Artritis periférica
  - Entesitis
  - Dactilitis
- **Síntomas extraarticulares:**  
uveítis
- **Antecedentes personales y familiares**

## Exploración física

- Cutánea
- Articular
- **Manifestaciones extra-articulares (uveítis)**

## Pruebas complementarias

*Siempre que no retrasen la derivación*

- **Analítica incluyendo**
  - VSG
  - Proteína C reactiva
  - HLA B27 (si disponible)
- **Pruebas de imagen**
  - Radiología
  - Ecografía de entesis (opcionales)

VSG: velocidad de sedimentación globular; EI: Enfermedad inflamatoria intestinal; HLA-B27: antígeno leucocitario humano B27.  
Balanchón I et al. Actas Dermosifilogr. 2020; Tomero Molins et al. Dolor lumbar. PAS (Pautas de actuación y seguimiento). Madrid: IMC; 201. León Vázquez F. Lumbalgia. Presentado en CS Universitario San Juan de la Cruz; Pozuelo de Alarcón.  
Juanola et al. Reumatol Clin. 2015;11(7):90-8.

# Pacientes diana: sospecha diagnóstica de Artritis Psoriásica



Girolomoni G et al. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2009;23(suppl1):3-8.

# Herramientas para el diagnóstico precoz en Atención Primaria



## ANAMNESIS

### PURE-4<sup>1</sup> Pregunta a tu paciente...

- |          |   |                          |                          |
|----------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b> | <b>Signos sugestivos de dactilitis (dedo en forma de salchicha)</b><br>¿Ha tenido alguna vez dolor e hinchazón/inflamación que afectara a todo un dedo de la mano o del pie?              | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| <b>2</b> | <b>Dolor con inflamación en el talón</b><br>¿Ha tenido o notado alguna vez dolor en el talón al ponerse de pie por la mañana?   | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| <b>3</b> | <b>Dolor en ambos glúteos</b><br>¿Ha tenido alguna vez dolor en el glúteo derecho o izquierdo, al mismo tiempo o por separado?  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| <b>4</b> | <b>Dolor articular periférico con hinchazón, antes de los 50 años?</b><br>¿Ha tenido alguna vez hinchazón y dolor en alguna articulación (manos, pies, rodillas o tobillos, por ejemplo)? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

En el umbral de  $\geq 2$  respuestas positivas, el cuestionario PURE-4 presenta una sensibilidad del 77,1% y una especificidad del 61,1%. El área bajo la curva de ROC (medida de exactitud de una prueba) fue de 0,7185 (IC 95%: 0,6391; 0,7978)<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Audureau E, Roux F, Lons-Denis D, Bagot M, Cantagrel A, Darris E, et al. Psoriatic arthritis screening by the dermatologist: development and first validation of the 'PURE-4 scale'. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2018;32:1950–3. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14801>;  
<sup>2</sup> Balinchan I, et al. Validación de española del cuestionario PURE-4 para el cribado de artritis psoriásica. Poster presentado en el Congreso nacional de psoriasis 2022.

# Herramientas para el diagnóstico precoz en Atención Primaria

Pregunta a tu paciente...<sup>1,2</sup>



- ¿Desde cuándo le duele?
- ¿Cómo comenzó?: ¿de forma gradual? ¿Brusca? ¿Lo atribuye a un esfuerzo?
- ¿Le despierta el dolor por las noches y le hace levantarse?
- ¿Es un dolor alternante en nalgas?
- ¿Cuánto tiempo le lleva levantarse de la cama debido a la rigidez? ¿Más de 30 minutos?
- ¿Mejora con la actividad / el movimiento / el ejercicio regular?
- Antecedentes

Personales: **uveítis, EII, psoriasis**

Familiares: **¿tiene algún familiar con enfermedad reumática, EII o psoriasis?**



1. Recomendaciones para la detección, investigación y derivación del dolor lumbar inflamatorio en Atención Primaria. Juanola Roura X, et al. *Rheumatol Clin* 2015;11(2):90-8.

2. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Sieper et al. *Ann Rheum Dis* 2009;68:764-8.

# El Médico de Atención Primaria **clave en el diagnóstico precoz** de los pacientes con APs

## Posible paciente diana

Paciente  
30-50 años con  
**PSORIASIS**

No siempre en  
localizaciones evidentes

## Anamnesis

### PURE-4<sup>1</sup>

Cuestionario para el cribado de artritis psoriásica para población española<sup>2</sup>

Fecha consulta

- |          |   |   |
|----------|---|---|
| <b>1</b> | <b>Signos sugestivos de dactilitis (dedo en forma de salchicha)</b><br>¿Ha tenido alguna vez dolor e hinchazón/inflamación que afectara a todo un dedo de la mano o del pie?              | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No |
| <b>2</b> | <b>Dolor con inflamación en el talón</b><br>¿Ha tenido o notado alguna vez dolor en el talón al ponerse de pie por la mañana?   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No |
| <b>3</b> | <b>Dolor en los dos glúteos</b><br>¿Ha tenido alguna vez dolor en el glúteo derecho o izquierdo, al mismo tiempo o por separado?  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No |
| <b>4</b> | <b>Dolor articular periférico con hinchazón, antes de los 50 años?</b><br>¿Ha tenido alguna vez hinchazón y dolor en alguna articulación (manos, pies, rodillas o tobillos, por ejemplo)? | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No |

En el umbral de 2 respuestas positivas, el cuestionario PURE-4 presenta una sensibilidad del 77,1% y una especificidad del 61,1%. El área bajo la curva de ROC (medida de exactitud de una prueba) fue de 0,7185 [IC 95%: 0,6391; 0,7973]<sup>1</sup>

## Exploración



Paciente  
30-50 años con  
**DOLOR INFLAMATORIO**

En cualquier  
articulación o entesis

### Pregunta a tu paciente...<sup>1,2</sup>



- ¿Desde cuándo le duele?
- ¿Cómo comenzó?: ¿de forma gradual? ¿Brusca? ¿Lo atribuye a un esfuerzo?
- ¿Le despierta el dolor por las noches y le hace levantarse?
- ¿Es un dolor alternante en nalgas?
- ¿Cuánto tiempo le lleva levantarse de la cama debido a la rigidez? ¿Más de 30 minutos?
- ¿Mejora con la actividad / el movimiento / el ejercicio regular?

Antecedentes<sup>3</sup>  
Personales: **uveítis, EII, psoriasis**  
Familiares: **¿tiene algún familiar con enfermedad reumática, EII o psoriasis?**

### Periférica



### Axial



### Entesitis



### Dactilitis



<sup>1</sup>. Audureau E, Roux F, Lons-Danic D, Bagot M, Cantagrel A, Doris E, et al. Psoriatic arthritis screening by the dermatologist: development and first validation of the 'PURE-4 scale'. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1950-3. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14861>; <sup>2</sup>. Bolinchon I, et al. Validación española del cuestionario PURE-4 para el cribado de artritis psoriásica. Poster presentado en el Congreso nacional de psoriasis 2022; <sup>3</sup>. Recomendaciones para la detección, investigación y derivación del dolor lumbar inflamatorio en Atención Primaria. Juanola-Roura X, et al. *Reumatol Clin* 2015; 11(2):90-8.; <sup>4</sup>. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). Sieper A, et al. *Ann Rheum Dis* 2009;68:784-8.

# Seguimiento del paciente con APs en Atención Primaria

Es aconsejable realizar al menos un control anual de la evolución de la psoriasis con un cribado activo de posible afectación articular



Las enfermedades autoinmunes presentan un **riesgo cardiovascular adicional**. Por ello, los pacientes con psoriasis, con o sin artritis psoriásica, deben de realizar un control anual que incluya<sup>1</sup>:



Se dará consejo sobre **hábitos de vida saludable**, incluyendo:

- **Ejercicio aeróbico**
- Mantenimiento en un **peso adecuado**
- **Abandono de hábitos tóxicos** (tabaco, alcohol)
- **Importancia del cumplimiento terapéutico y las revisiones**
- Realizar las vacunaciones recomendables en pacientes crónicos



- Determinación de tensión arterial
- Peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal
- Analítica con glucemia, colesterol total, HDL y LDL (pueden aprovecharse las que le hayan realizado en Reumatología)
- Investigación sobre hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas
- Adherencia terapéutica: Morisky-Green<sup>2</sup>



1. Brotons Cuatrecasas et al. Aten Primaria. 2018;50(Supl1):4-28. 2. Fernandez-Lazaro CI et al. BMC Fam Pract. 2019;20(1):132.

# Comorbilidades asociadas



**41%**

DE PACIENTES CON APs

presentan tres o más afecciones comórbidas, con la consiguiente **disminución de la calidad de vida**<sup>2</sup>

## Enfermedad cardiovascular



En estos pacientes está aumentada la frecuencia...<sup>1</sup>

- Enfermedades cardiovasculares
- Diabetes
- Síndrome metabólico

El **riesgo** de desarrollar un **evento cardiovascular** es el **43% mayor** en pacientes con APs<sup>2</sup>

### Riesgo

- 68%** Infarto de miocardio<sup>2</sup>
- 31%** Insuficiencia cardíaca<sup>2</sup>
- 22%** Enfermedad cerebrovascular<sup>2</sup>

Inflamación sistémica

Insulinorresistencia

Disfunción endotelial

Aterosclerosis

Evento cardiovascular

## Otras comorbilidades<sup>3</sup>



Prevalencia en pacientes con APs<sup>2</sup>

- Depresión > 36%**
- Ansiedad > 30%**



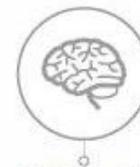
Enfermedad del hígado graso



Gota



Osteoporosis



Síndrome de sensibilización central

<sup>1</sup> Kaino J et al. J Manag Care Spec Pharm. 2019;25(1):122-32. <sup>2</sup> Ogdie A, Weiss P. Rheum Dis Clin North Am 2015 November; 41(4): 545-508. doi:10.1016/j.rdc.2015.07.00. <sup>3</sup> Comorbilidades asociadas con artritis psoriásica: revisión y actualización. Lourdes M. Pérez-Chada e Joseph F. Merola a b <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108397> Immunología clínica Volumen 214, mayo de 2020.

# Criterios de derivación a reumatología

**Proyecto Espande**  
**Creación de redes entre Atención Primaria y**  
**Reumatología**  
**Área Sanitaria Hospital Universitario Son Espases**



**Dra. Laura Calvo**

Adjunta del Servicio de Reumatología HUSE

**Dra. Julia Fernández**

Adjunta del Servicio de Reumatología HUSE

**Dr. Jordi Fiter**

Adjunto del Servicio de Reumatología HUSE

**Dra. Ana Urruticoechea**

Adjunta del Servicio de Reumatología HUSE

**Dra. Ester Adelantado**

Médico de Familia · C.S Vall d'argent

**Dra. Cecilia Amato**

Médico de Familia · C.S Pere Garau

**Dr. Fernando García Romanos**

Médico de Familia · C.S. Santa Catalina

**Dra. Carmen Fernández**

Médico de Familia · C.S Arq Benassar

# **Protocolos de derivación de Atención Primaria a Reumatología**

**A.S. Son Espases**

Tipo de derivación: Lumbalgia de características inflamatorias:

- **Preferente:** si cumple todos los siguientes:
  - Inicio del dolor antes de los 45 años
  - Dolor durante más de 3 meses
  - Dolor de predominio matutino que mejora con el ejercicio/actividad física
  - Rigidez matutina de más de una hora
- **Ordinaria:** resto de pacientes con sospecha de lumbalgia inflamatoria.

Pruebas complementarias a aportar:

- Hemograma, VSG, bioquímica general (glucosa, creatinina, ácido úrico, ALT, AST, GGT, fosfatasa alcalina, albúmina), sedimento de orina, TSH y PCR
- Inmunología: HLA-B27
- Rx pelvis AP y Rx columna lumbar AP y lateral

Nota:

- En la primera valoración del paciente, no se contempla la teleconsulta.

# Protocolo Espondiloartritis II

- OK
- *En el apartado ordinaria se incluye cualquier paciente que tenga lumbalgia, sea esta mecánica o inflamatoria. Deberíamos acotar el concepto y definirlo mejor.*
- *En la introducción cuando se plantea tipo de derivación indica lumbalgia de características inflamatorias, que se define en el apartado preferente, así que la ordinaria sería paciente que no cumple los cuatro criterios para ser derivados por vía preferente, pero cumple alguno de ellos.*
- *Pruebas, definir claramente el concepto de bioquímica general como en el apartado previo.*

- *Definir claramente las proyecciones radiológicas, pelvis ap, Rx columna lumbar ap y lateral*
- *No se contempla la teleconsulta*

# Paciente con psoriasis cutánea y/o ungueal...



Puede tener **artritis psoriásica** ?  
Cualquiera de estas **4 banderas rojas**:



"red-flags"



## ¿ARTRITIS PERIFÉRICA?

Inflamación, dolor, buscar sobre todo IFD

## ¿DACTILITIS?

Dedo mano o pie tumefacto, doloroso *en salchi cl*

## ¿ENTESITIS?

Dolor aquileo, trocánter, olecranon...



## ¿DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO?

Crónico, mejora con el ejercicio y con AINES, empeora segunda mitad de la noche, rigidez matutina



**DERIVAR A REUMATOLOGÍA**



# La implementación de herramientas de detección de APs como el cuestionario PURE-4 en la práctica diaria podrían mejorar el pronóstico de la APs

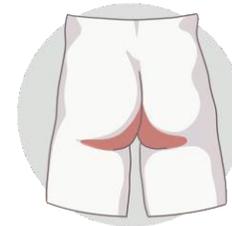
## Los 4 dominios con mayor valor diagnóstico de APs en pacientes con PsO



**Signos sugestivos de dactilitis**



**Dolor con inflamación en el talón**



**Dolor en los dos glúteos**



**Dolor articular periférico con hinchazón, antes de los 50 años**

# Conclusiones

- **La conexión de atención primaria y reumatología** es esencial para la atención de nuestros pacientes con enfermedades reumáticas.
- **Atención primaria es clave en el diagnóstico precoz** de los pacientes con espondiloartritis axial y artritis psoriásica.
- **El seguimiento de las espondiloartritis en atención primaria** forma parte del cuidado integral del paciente, con el manejo de las comorbilidades y los tratamientos entre otras cuestiones.

# Muchas gracias

Dra. Ana Urruticochea Arana  
Reumatóloga, Hospital de Son Espases