



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Artritis psoriásica

Elaborado por:

Médicos Especialistas en Reumatología y Medicina Interna

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **122**



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

**Guía de Práctica Clínica
basada en Evidencia
(GPC-BE) No. 122**

“Artritis Psoriásica”

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Elaboración GPC-BE**

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica
Basadas en Evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No-. 122 “Artritis Psoriásica”
Edición 2021; XIX, págs. 39
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud –IGSS–
Providencia No. 3085 del 23 de febrero de 2021

Revisión, diseño y diagramación

Comisión de Elaboración de
Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2021

Derechos reservados-IGSS-2021

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro, a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Doctora Ana Marilyn Ortíz Ruíz de Juárez
Gerente

Doctor Arturo Ernesto García Aquino
Subgerente de Prestaciones en Salud

AGRADECIMIENTOS

Grupo de desarrollo

Dr. Nilmo Chávez

Jefe Servicio de Reumatología
Hospital General de Enfermedades

Dra. Silvia María Rivera

Jefe Servicio de Reumatología
Hospital General de Enfermedades

Dr. Marlon Reynerio Arita Alvarado

Residente Reumatología
Hospital General de Enfermedades

Dr. Emilio José Castillo González

Residente Medicina Interna
Hospital General de Enfermedades

Dr. Allan Alfredo Yaquián Pérez

Residente Medicina Interna
Hospital General de Enfermedades

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe del Departamento de Medicina Preventiva
Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Médico Supervisor
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Msc. María Eugenia Cabrera Escobar

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda

Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* **Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

1a

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan

A

el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto A (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnóstico y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como “**los elementos esenciales de las buenas guías**”, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **comisión central para la elaboración de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **subgerencia de prestaciones en salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez

y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

**Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2021**

Índice

1. Introduccion	1
2. Objetivos	3
3. Metodología	5
4. Contenido	7
5. Anexos	33
6. Referencias bibliográficas	37

Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Artritis Psoriásica”

1. Introducción

La artritis psoriásica conforma una entidad de carácter heterogénea con una amplia diversidad de fenotipos del tejido músculo-esquelético y extraarticular. Actualmente se considera que esta entidad y la psoriasis comparten vías fisiopatológicas fundamentales para su desarrollo, a pesar de ello presentan diferencias en la eficacia en los fármacos utilizados (Moll, Wright. Psoriatic arthritis. 1973).

En décadas previas la artritis psoriásica solía considerarse una enfermedad cuyos tratamientos venían derivados de las consideraciones terapéuticas propias de la artritis reumatoide sin embargo en la actualidad ha pasado a ser una enfermedad prioritaria para la investigación y desarrollo de nuevas dianas terapéuticas.

Resulta relevante en el manejo de la artritis psoriásica definir el objetivo a alcanzar con la terapia, así como utilizar estrategias en el control individual del paciente (Torre, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en artritis psoriásica. 2018)

2. Objetivos

General

Establecer pautas para la detección, diagnóstico, tratamiento oportuno y atención integral del paciente con artritis psoriásica, en las distintas unidades del instituto guatemalteco de seguridad social (IGSS).

Específicos

- Definir el concepto de artritis psoriásica de forma clínica e imagenológica.
- Describir las distintas pruebas para el diagnóstico de artritis psoriásica.
- Establecer los esquemas de tratamiento para pacientes con artritis psoriásica.

3. Metodología:

Definición de preguntas

- ¿Cuál es la presentación clínica de la artritis psoriásica en nuestra población?
- ¿Cuál es la fisiopatología de la artritis psoriásica?
- ¿Cómo se clasifica la presentación clínica de artritis psoriásica?
- ¿Cuál es el abordaje diagnóstico de los pacientes con sospecha de artritis psoriásica?
- ¿Qué abordaje diagnóstico debemos realizar en pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica?
- ¿Cuál es el seguimiento que se le debe dar al paciente con diagnóstico de artritis psoriásica?

Estrategia de búsqueda

Consultas en materiales electrónicos.

Palabras clave: artritis psoriásica, clasificación, tratamiento, secuelas, manifestaciones.

- Se realizó una búsqueda de manera electrónica de diversos sitios y bases de datos de búsqueda científica como google académico, PubMed, Read by QxMD, Biblioteca Cochrane; además de revisar artículos de diferentes revistas internacionales tales como New England Journal of Medicine, OMS, OPS, journal of rheumatology, guiar ACR y

EULAR, entre otras. Se incluyeron todos aquellos documentos, artículos de revisión e investigación, guías de práctica clínica, informes, capítulos de libros, tanto en inglés como en español, tomando en cuenta los de mejor nivel de evidencia y grado de recomendación hasta el momento de la revisión de la presente guía.

Población diana:

Pacientes adultos que asisten a las diferentes unidades de atención del IGSS.

Usuarios de la guía:

Profesionales médicos generales y especialistas, médicos residentes, personal de enfermería y personal paramédico.

Fecha de la elaboración y revisión:

Fecha de elaboración: 2020.

4. Contenido

Artritis psoriásica

Definición

Inicialmente fue considerada como una variante de la artritis reumatoide con factor reumatoide negativo, de la que fue descrita como entidad independiente en los años 70. (Cantini & Niccoli. Psoriatic arthritis, 2010)

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria, heterogénea, en donde se dan procesos fisiopatológicos, como la angiogénesis y el aumento de expresión de citocinas proinflamatorias presentando manifestaciones músculo-esqueléticas (artritis periférica, enfermedad axial, entesitis, dactilitis) y extraarticulares (afección a piel, uñas, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal), siendo esta una enfermedad diferente de la psoriasis. (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018).

La enfermedad suele comenzar de forma insidiosa con dolor nocturno, leve rigidez matutina, artralgiyas y de inserciones tendinosas; aproximadamente un 30% de los pacientes presentan un inicio agudo como oligoartritis.

La edad de diagnóstico se estima alrededor de la tercera y cuarta década, teniendo una relación por género hombre/ mujer próxima a 1, con predominio en las formas poliarticulares en el género femenino

A

y de afectación axial en el masculino. (Ritchlin, Colbert, Gladman. Psoriatic Arthritis, 2017).

Su sintomatología puede variar en el tiempo, pudiendo comenzar como oligoarticular y evolucionar a poliarticular o ser poliarticular y añadir la afectación axial o cutánea.

Existe gran diversidad de estudios que intentan precisar la evolución de la enfermedad o encontrar factores que puedan utilizarse como predictivos de cambio, pero debido a la heterogeneidad de presentación, no existen datos concluyentes. (Ritchlin, Colbert, Gladman. Psoriatic Arthritis, 2017).

La APs junto a la espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal y un subgrupo de artritis crónica juvenil así como las espondiloartritis indiferenciadas pertenecen al grupo de enfermedades denominadas como espondiloartritis (EspA) o en su denominación tradicional espondiloartropatías constituyendo un grupo de enfermedades reumáticas interrelacionadas que comparten sus características clínicas (afectación axial y entesis), patogénicas (inflamación a nivel de fibrocartilago, cartilago hialino y hueso provocando osificación condral y anquilosis fibrosa), genéticas (presencia de HLA-B27), radiográficas (presencia de sacroileitis), epidemiológicas y su respuesta terapéutica. (Ritchlin, Colbert, Gladman. Psoriatic Arthritis, 2017).

Clasificación

La descripción clásica de las características clínicas de la APs fue publicada en 1973 y desde entonces no se ha logrado validar un conjunto de criterios diagnósticos.

Los criterios utilizados actualmente para su clasificación por confiabilidad son los de CASPAR, que cuentan con una sensibilidad del 91.4% y una especificidad del 98.7%. Los pacientes tienen que presentar enfermedad inflamatoria articular (periférica, axial o entesitis) con 3 o más puntos en cualquiera de las categorías siguientes para ser clasificados para su estudio.

A

Criterio	Descripción	Punteo
Evidencia de psoriasis		
Psoriasis actual	Enfermedad psoriásica de la piel o del cuero cabelludo según dermatólogo o reumatólogo.	2
Historia personal de psoriasis	Historia de psoriasis según el paciente o un médico de cabecera, dermatólogo o reumatólogo	1
Historia familiar de psoriasis	Antecedentes de psoriasis en un familiar de primer o segundo grado según el paciente	
Distrofia de uñas Psoriásica	Onicosis, picaduras o hiperqueratosis	
FR negativo	Calquier método de prueba, excepto el látex, con preferencia por ELISA o nefelometría.	
Dactilitis		
Dactilitis actual	Edema de una falange entera según la observación en el examen físico actual.	1
Historia de dactilitis	Por reumatólogo.	
Evidencia radiográfica de formación de hueso nuevo yuxtaarticular	Osificación mal definida cerca de los márgenes articulares (excluyendo la formación de osteofitos) en radiografías simples de mano o pie.	

Tomado y traducido de: Psoriatic Arthritis. Christopher T. Ritchlin, et al. N

ENGL J MED 376;10 NEJM. ORG MARCH 9, 2017

Etiopatogenia

El importante papel del sistema inmune en la evolución de la enfermedad está apoyado por estudios clínicos en donde se ha documentado la asociación genética de la psoriasis con la vía de la interleuquina 23, en donde 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 a que interaccione con la anterior dentro de la ruta del factor nuclear Kb (NF-Kbeta) 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 importantes. (Nestle. Pathogenesis and treatment of psoriasis, 2015).

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

A

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. (Nestle. Pathogenesis and treatment of psoriasis, 2015).

Manifestaciones clínicas

Dermatológicas: La afectación más frecuente es la psoriasis vulgar (placa eritematodescamativas en la superficie de extensión de las extremidades). La afectación ungueal es más frecuente en pacientes con artritis (hasta en el 80%). La presencia de hoyuelos de “pitting” (más de 20%) que puede ser sugestiva de psoriasis. Las afectaciones cutáneas suelen anteceder a la APs aproximadamente en el 75% de los casos (Nieves, et al. Artritis psoriásica, 2017).

Articulares periféricas: La forma de artritis periférica puede ser variable desde oligoarticular, monoarticular hasta poliarticular, pudiéndose afectar cualquier articular, siendo el patrón oligoarticular asimétrico el más frecuente (5 subtipos clínicos en total: oligoarticular, poliarticular, distal, mutilante y el subtipo axial. Estos patrones pueden cambiar con el tiempo (Ver imagen No 1D). De entre todas las

A

manifestaciones periféricas, cabe resaltar (Ritchlin, Colbert, Gladman. Psoriatic Arthritis, 2017):

Dactilitis: (dedos en salchicha) se presenta en cualquier momento de la enfermedad. Se reporta en el 40-50% de los pacientes y es más frecuente en los dedos 3ro y 4to, su presentación puede ser aguda o crónica (Imagen 1-B, G).

Entesitis: Inflamación de la entesis (punto donde se insertan tendones y ligamentos en el hueso). Se observa en el 30-50% de los pacientes y con mayor frecuencia involucra la fascia plantar y el tendón de Aquiles (Imagen 1, F).

Tenosinovitis: Inflamación de la membrana sinovial que reviste a los tendones (Imagen 3, I).

Articular axial: La sacroileitis suele ser unilateral y se presenta como lumbalgia inflamatoria, en estadios de la enfermedad más evolucionados, pudiéndose afectar segmentos de la columna cervical en formas raras de la enfermedad (Nieves, et al. Artritis psoriásica, 2017).

Otras manifestaciones extraarticulares: Las más frecuentes son las de tipo ocular en forma de uveítis anterior aguda. Suele presentarse también la afectación intestinal subclínica que se estima hasta en el 16% de los pacientes y carditis -asociación con documentación del marcador HLA-B27- (Nieves, et al. Artritis psoriásica, 2017).

A

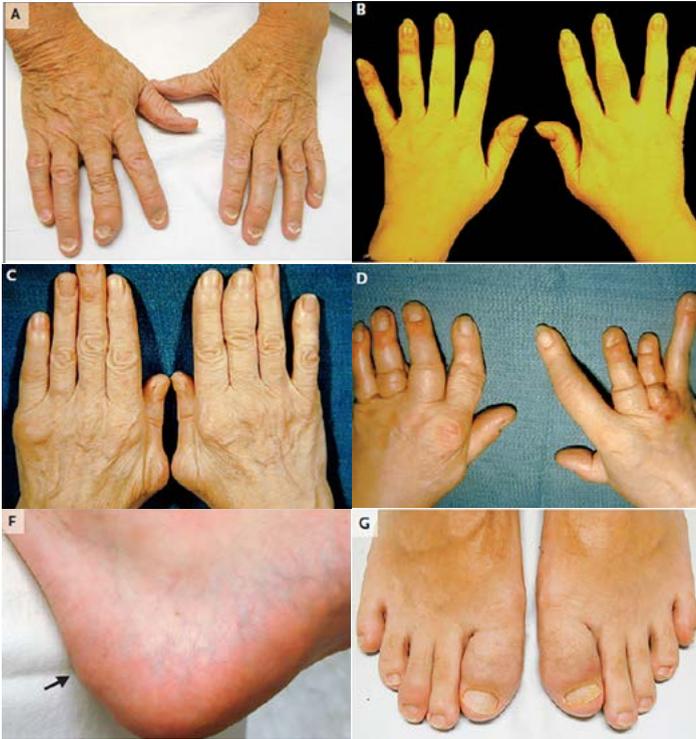


Imagen no. 1. Tomado y traducido de: Psoriatic Arthritis. Christopher T. Ritchlin, et al. N ENGL J MED 376;10 NEJM.ORG MARCH 9, 2017. **Panel A:** Subtipo distal de artritis psoriásica con onicólisis adyacente. **Panel B:** Subtipo oligoarticular. **Panel C:** Subtipo poliarticular. **Panel D:** Artritis mutilante, implicación asimétrica. **Panel E:** Subtipo Complicaciones: Subtipo espondilitis. **Panel F:** Entesitis del tendón de Aquiles. **Panel G:** Dactilitis.

A



Imágenes cortesía de Consulta Externa de Enfermedades. Imagen no. 2. **Panel A:** Entesitis del Tendón de Aquiles (flecha). **Panel B:** Dactilitis del segundo dedo de mano derecha (flecha).

Complicaciones

La APs es una enfermedad inflamatoria crónica con afectación sistémica que predispone a la presencia de síndrome metabólico, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, obesidad (abdominal), diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina, predisposición a la trombosis y esteatosis hepática. Entre las complicaciones de la enfermedad debemos incluir las relacionadas con la posible toxicidad a los fármacos utilizados en su tratamiento, e incluso la posibilidad de un aumento de la incidencia de infecciones en relación con la inmunosupresión farmacológica (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018).

Un grupo particular de paciente con APs, puede estar predispuesto a presentar un patrón clínico insidioso, limitante y con mayor riesgo de complicaciones de forma variable, este grupo puede describirse como APs Severa, el Colegio Americano de Reumatología la define como la presencia de 1 o más de los elementos a continuación enumerados -definición no formal- (Feldman. A quantitative definition of severe psoriasis for use in clinical trials. 2004)

- Enfermedad erosiva (Imagen no.3, B).
- Elevación importante de marcadores de inflamación (VS, PCR) atribuibles a la APs.
- Daño a largo plazo que interfiera con la función del paciente (deformidades articulares, Imagen no. 3, A).

- Enfermedad altamente activa que cause un deterioro importante en la calidad de la vida.
- APs activa en varios sitios; incluyendo dactilitis y entesitis.
- Enfermedad rápidamente progresiva.

Pruebas diagnósticas

Laboratorio y diagnóstico por imágenes

Laboratorio: No existe ninguna prueba diagnóstica analítica específica. El aumento de reactantes de fase aguda puede ser útil, pero muchas veces no se correlaciona con la actividad inflamatoria, sin embargo, pueden servir como determinante pronóstico, la presencia de cifras altas de la velocidad de eritrosedimentación (VS) y de la proteína C reactiva (PCR) predicen una mayor progresión a daño articular.

B

El factor reumatoide y los autoanticuerpos antinucleares (ANA) son habitualmente negativos. De los marcadores genéticos, el HLAB-27 se presenta positivo en las formas axiales con mayor incidencia, siendo bastante menos prevalente que en la espondilitis anquilosante (Alegre, Rodríguez, Martínez, Poca,

Gómez, Roig. Reactantes de fase aguda en la artropatía psoriásica. 2000)

Rayos X: En cuanto a las pruebas de imagen se pueden encontrar los siguientes hallazgos: Periostitis, signo de “lápiz en copa” (Imagen no. 3, A) por la

afectación mutilante que en ocasiones es indolora. Asimismo, sirve de sospecha la presencia de sacroileitis asimétrica (Imagen no. 3, E) o la existencia de sindesmofitos no marginales asimétricos (Imagen no. 3, D-F) (Poggenborg, Ostergaard, Terslev. Imagining in psoriatic arthritis. 2015).



B

Imagen no. 3. Tomado y traducido de: Psoriatic Arthritis. Christopher T. Ritchlin, et al. N ENGL J MED 376;10 NEJM.ORG MARCH 9, 2017.

Ultrasonido: Los datos disponibles indican que esta técnica es junto a la RMN más sensible que los Rayos X y el examen físico para detectar cambios inflamatorios y destructivos a nivel de tejidos blandos y óseos, sin embargo, comparada con la RMN el ultrasonido es más barato y accesible, así como permite la exploración dinámica, siendo bastante específica pero menos sensible que la RMN (Poggenborg, Ostergaard, Terslev. Imagining in psoriatic arthritis. 2015).



Imagen no. 4. Tomado y traducido de: Psoriatic Arthritis. Christopher T. Ritchlin, et al. N ENGL J MED 376;10 NEJM.ORG MARCH 9, 2017. Panel H: Sinovitis de articulación metacarpofalángica. Distensión de la cápsula articular (flechas). La línea punteada señala hiperemia sinovial. MC (cabeza metacarpiana) PP (falange proximal). Panel I: Entesitis. La línea punteada representa hiperemia en el tendón cercano en su inserción en el calcáneo. Normalmente el tendón está poco vascularizado.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN): El uso de la RMN ha permitido avanzar en la comprensión de la APs y constituye actualmente la técnica, con un papel fundamental cuando los Rayos X son normales y se tiene alta sospecha de afección axial. Siendo esta prescrita por la unidad de Reumatología. Los hallazgos que pueden orientarnos son (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018):

- **Sinovitis.**
- **Erosiones óseas.**
- **Entesitis.**
- **Dactilitis y/o tendinitis.**
- **Edema medular óseo:** La RMN es la única técnica que muestra alteraciones en la médula ósea antes de la aparición de alteraciones radiológicas. Se ha propuesto que la combinación de edema óseo con edema periarticular intenso que se extiende hasta el tejido celular subcutáneo corresponda a un “patrón psoriásico” en las manos (Imagen no. 5).
- **Sacroileitis:** en las espondiloartritis, con cambios o alteraciones que incluyen desde edema óseo, erosiones sacroilíacas y cambios más crónicos como esclerosis y acumulación grasa periarticular (Imagen no. 6).

B



Imagen no. 5 Tomado y traducido de: Psoriatic Arthritis. Christopher T. Ritchlin, et al. N ENGL J MED 376;10 NEJM.ORG MARCH 9, 2017. Descripción: Edema de médula ósea en la segunda y tercera vértebras lumbares en un paciente con Aps severa.

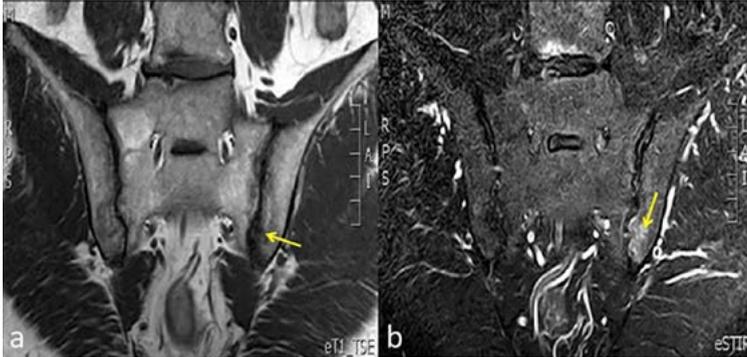


Imagen no. 6. Tomado de Manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. DOI: 10.13140/RG.2.2.22568.37120. Sacroileitis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL				
VARIABLE	ARTRITIS PSORIÁSICA	ARTRITIS REUMATOIDE	GOTA	OSTEOARTRITIS
Distribución conjunta al inicio.	Asimétrica	Simétrica	Asimétrica	Asimétrica
No. de articulaciones afectadas.	Oligoarticular	Poliarticular	Mono u oligoarticular	Mono u oligoarticular
Conjunto de manos y pies afectados.	Distal	Proximal	Distal	Distal
Áreas involucradas.	Todo el conjunto de una articulación.	Unión de una articulación.	Usualmente monoarticular	Unión de una articulación.
Decoloración violácea.	Sí	No	No	No
Afección espinal.	Común	Poco común	Ausente	No inflamatorio
Sacroileitis.	Común	Ausente	Ausente	Ausente
HLA-B27	Presente hasta en el 50%.			

Diagnóstico diferencial

En los pacientes sin lesiones cutáneas ni ungueales evidentes puede ser especialmente difícil distinguir la APs de otras artropatías. Dadas las múltiples manifestaciones de la APs, su diagnóstico diferencial es amplio:

Si se tiene la sospecha clínica de APs se debe enviar en consulta a la unidad de reumatología que corresponda a la brevedad posible, con los siguientes

(Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018):

Laboratorios con lo que debe ser referido el paciente

A

- Hematología completa: generalmente se puede encontrar anemia y trombocitosis consistentes con inflamación crónica.
- Perfil hepático (gamma glutamil-transferasa, transaminasas, fosfatasa alcalina)
- Orina simple
- Ácido úrico
- Proteína C reactiva
- Velocidad de sedimentación
- Factor reumatoideo
- Anticuerpos citrulinados (anti CCP)

Exámenes de gabinete

Radiografías:

- Mano bilateral anteroposterior y oblicua.
- Pies bilateral anteroposterior y oblicua.
- Si hay dato de afectación del esqueleto axial (afección a columna cervical, lumbar y cadera) solicitar: Rayos x de columna cervical y lumbosacra anteroposterior y lateral, articulaciones sacroilíacas anteroposterior y lateral.

El manejo deberá ser en conjunto con dermatología, por lo que debe ser referido también a esta especialidad.

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

La elección del medicamento deberá ser individualizado según las manifestaciones que prevalearan al momento del diagnóstico (axial o periférico), tener en cuenta las comorbilidades existentes. En todo momento los pacientes deben ser informados de los posibles beneficios y riesgos de las terapias farmacológicas

(Anandarajah, Ritchlin. The diagnosis and treatment of psoriatic arthritis. 2009).

Drogas modificadoras de la enfermedad, convencionales y sintéticas (moléculas pequeñas)

Las Drogas Modificadoras del Curso de la Enfermedad, reducen los signos y síntomas en la APs, mejoran la función física y los marcadores de laboratorio de actividad de la enfermedad, así como también reducen la progresión radiográfica. Las últimas evidencias concluyen que metotrexato a dosis entre 15-25 mg/semanales, leflunomida y sulfasalazina son agentes que demuestran ser estadísticamente mejores que el placebo en Aps (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018).

Los fármacos o drogas modificadoras de la enfermedad convencionales de primera elección (Sus dosis se describirán en otro apartado) (Mease. Psoriatic arthritis treatment update. 2001).

Metrotexato: Se puede considerar el fármaco de elección en artritis periféricas que no responden a AINE. Su toxicidad hepática y hematológica son las principales limitaciones de su uso.

B

Leflunomida: Ha mostrado también gran eficacia en la APs, teniendo amplio uso en las formas poliarticulares.

Moléculas pequeñas

Este tipo de bloqueo de moléculas está recomendado en artritis reumatoide activa de moderada a grave con respuesta inadecuada o intolerancia a uno o

más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Pueden utilizarse en monoterapia o en combinación con metotrexate u otros DMARs.

Tofacitinib: molécula pequeña que funciona bloqueando la vía de la enzima janus-cinasa 1 y janus cinasa 3 involucrada en la respuesta inmunológica, interfiriendo con la vía de señalización JAK-STAT, inhibiendo citocinas pro inflamatorias como el factor de necrosis tumoral y la interleucina 6 en el medio extracelular (Cohen, Tnaka, Marlette, Curtis, Lee, Nash. Long-term safety of tofacitinib for the treatment of rheumatoid arthritis up to 8.5 years. 2017)

Terapia biológica

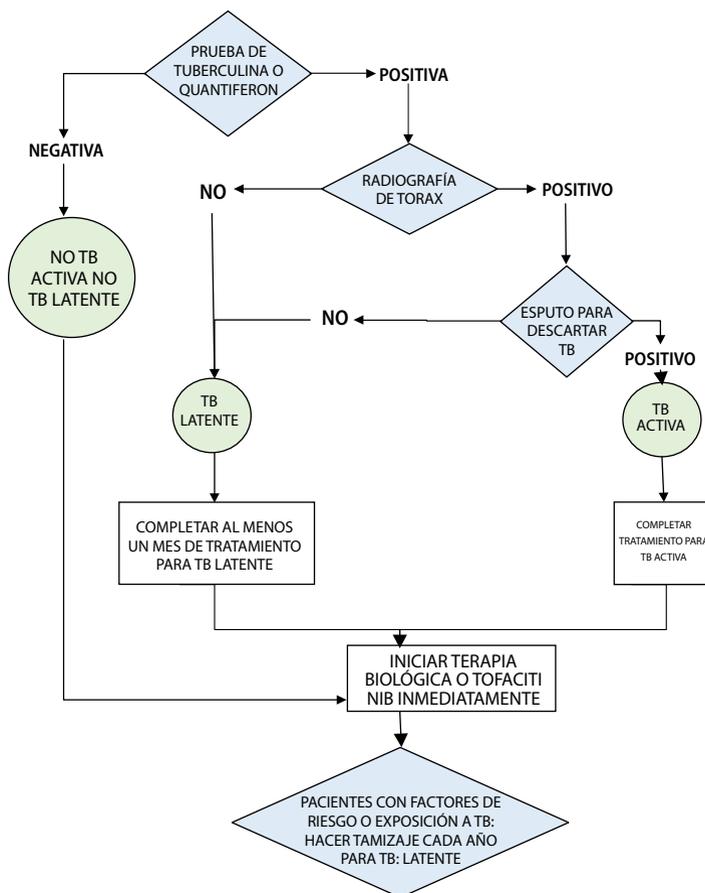
B

Previo al inicio de la terapia con moléculas pequeñas o biológicas solicitar (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018).

Radiografía de tórax.

- PPD
- Quantiferon gamma
- Serología para virus de hepatitis B y C
- VIH
- Perfil de lípidos
- Creatincinasa

Algoritmo 1. Tamizaje de tuberculosis



Terapia biológica

Su indicación incluye a pacientes con APs activa o estructuralmente progresiva y con falla documentada a fármacos clásicos y/o pacientes candidatos desde su diagnóstico -Artritis Psoriásica Severa- Aps (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018).

Anti-tnf: Del grupo de medicamentos de terapia biológica son los más estudiados. Mejoran tanto la actividad de la enfermedad en cuanto a artritis, afectación cutánea, entesitis y dactilitis, así como la calidad de vida del paciente. Entre las terapias biológicas contra el TNF disponibles Aps (Jasvinder et al. Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, 2018).

- **Etanercept.**
- **Adalimumab.**
- **Golimumab.**
- **Infliximab.**

Otras moléculas

Anti interleucina 17

Secukinumab: Su utilización está aprobada, es eficaz en el tratamiento de la afectación cutánea, dactilitis y entesitis refractarias, sin necesidad de tener en cuenta la utilización previa de un anti-TNF (Mease, McInnes, Kirkham, Kavanaugh, Rahman, van der Heijde. Secukinumab inhibition of interleukin-17^a in patients with psoriatic arthritis. 2015).

Anti interleucina 12 y 23

Ustekinumab: Está aprobada su indicación en pacientes con dactilitis y artritis periférica, se recomienda tras una respuesta inadecuada a las drogas modificadoras de la enfermedad, siendo tratamiento de primera línea en entesitis y psoriasis ungueal (Lebwohl, Strober, Menter, Gordon, Weglowska, Puig. Phase 3 studies comparing brodalumab with Ustekinumab in psoriasis. 2015)

B

Dosis de medicamentos frecuentemente utilizados en APs:

Fármaco	Dosis	Dosis de inicio
Metotrexate*	25 mg semana	10 mg semana
Leflunomida	10-20 mg día	100 mg/día por 3 días
Tofacitinib	5 cada 12 horas	
Prednisona**	mg	

Modificado según grupo de desarrollo, IGSS 2019.

*Añadir uso de ácido fólico 5mg/día, excepto el día de toma de metotrexate, en pacientes en edad fértil o 1mg semanal en el resto de la población.

**Debe ser individualizado según manifestaciones periféricas y no sobrepasar los 10 mg. Titular su descenso según evolución clínica.

Fármacos biológicos y moléculas pequeñas modificadores de la enfermedad

Fármaco	Dosis
ANTI TNF	
Etanercept	50 mg/semana.
Adalimumab	40 mg/15 días.
Golimumab	50 mg/mes.
Infliximab	5 mg x kg/8 semanas.
ANTI IL 12 Y 23	
Ustekinumab	45 mg de inicio y 45 mg al mes, seguida por 45 mg cada 12 semanas de mantenimiento. Para pacientes que pesan más de 100 kg la dosis recomendada es de 90 mg de inicio y 90 mg al mes, seguida por 90 mg cada 12 semanas de mantenimiento.

Continúa...

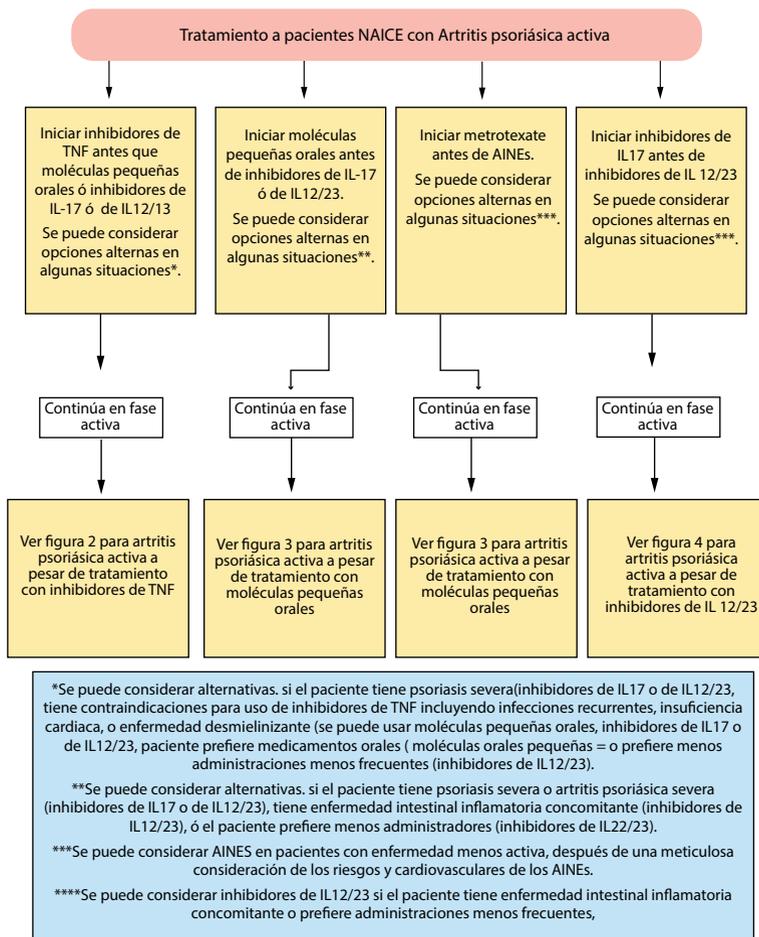
ANTI IL 17

Secukinumab	<p>Tratamiento de inducción 150 mg cada semana (semana 0, 1, 2, 3 y 4) y luego mensualmente comenzando en la semana 4 (semana de mantenimiento). Para pacientes que padecen Psoriasis en placa de moderada a grave o que fueron respondedores inadecuados a anti-TNF la dosis recomendada es 300 mg SC la semana 0,1,2,3 y 4 y luego mensualmente durante la fase de mantenimiento.</p> <p>Para pacientes que no han recibido anti-TNF la dosis recomendada es de 150 mg SC y luego mensualmente comenzando en la semana 4 (semana de mantenimiento). *</p>
-------------	---

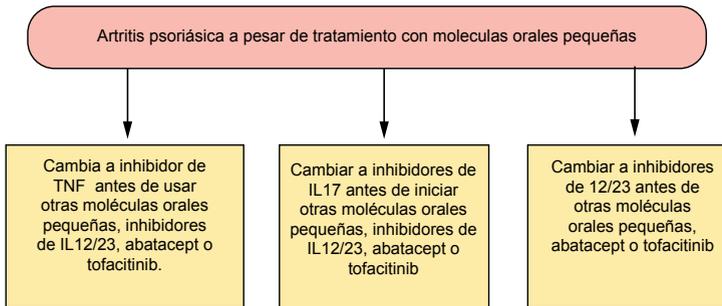
Modificado según grupo de Desarrollo IGSS 2018.

Se deben de iniciar hasta haber descartado la presencia de TB, debido a la alta prevalencia nacional, se recomienda la realización de PPD, Quantiferon, Rayos x tórax, y referencia a unidad de Infectología.

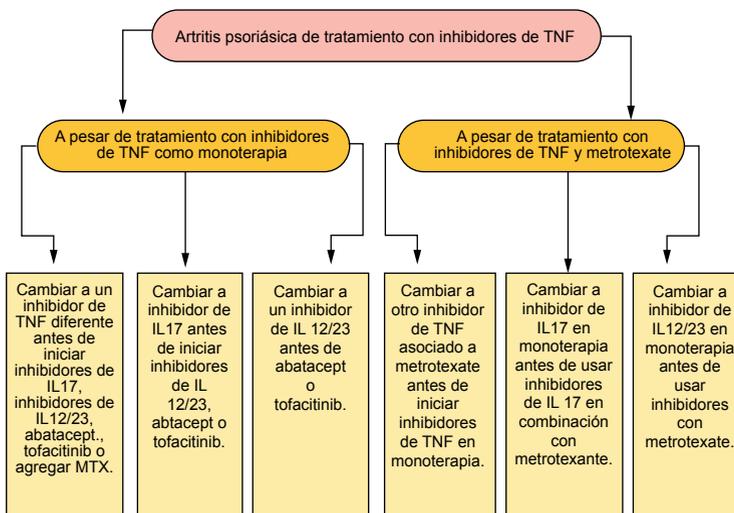
*De acuerdo a la respuesta clínica la dosis puede aumentarse a 300 mg.



Algoritmo No. 2 Tratamiento a pacientes con artritis psoriásica activa. Tomada y traducida de; Jasvinder A. Singh et All. American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis

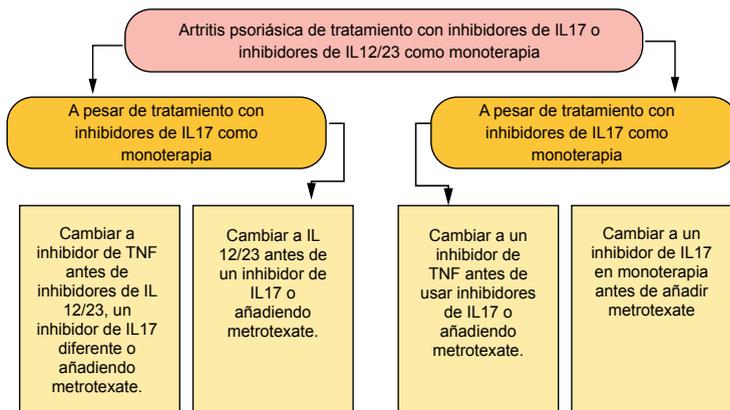


Algoritmo No. 3 Artritis psoriásica a pesar de tratamiento con moléculas orales pequeñas. Tomada y traducida de; Jasvinder A. Singh et All. American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis



B

Algoritmo No. 4 Artritis psoriásica a pesar de tratamiento con inhibidores de TNF. Tomada y traducida de; Jasvinder A. Singh et All. American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis



B

Algoritmo No. 5 Artritis psoriásica a pesar de tratamiento con inhibidores de IL 17 o inhibidores de IL 12/23 como monoterapia. Tomada y traducida de; Jasvinder A. Singh et All. American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis

5. Anexos

Biosimilares

Son medicamentos de origen biotecnológico, que cumplen exigencias específicas establecidas por agencias reguladoras, de calidad, eficacia y seguridad y que haya demostrado ser comparable al medicamento innovador de referencia, una vez que la patente ha expirado.

Definición de términos

- **Biosimilaridad:** es un término que ha sido utilizado por agencias regulatorias para denotar la comparabilidad entre un producto biosimilar y su correspondiente medicamento de referencia. Para que un fármaco pueda denominarse “biosimilar” deben desarrollarse sistemáticamente, con los mismos estándares de calidad que un biotecnológico innovador y además se debe realizar un ejercicio de comparabilidad llevado a cabo en varias etapas:
 - Comparabilidad en cuanto a calidad
 - Comparabilidad no clínica
 - Comparabilidad clínica
- **Medicamento no comparable, intento de copia:** podemos darle esta denominación al grupo de medicamentos que no han tenido el ejercicio de biosimilaridad descrito en el inciso previo, y que

han sido comercializados, sin el sustento científico en cuanto a eficacia y seguridad, incluso sin la calidad de manufactura que se requiere para este tipo de medicamentos.

- **Intercambiabilidad:** Se refiere a la posibilidad de intercambiar un medicamento por otro, que se espera que tenga el mismo efecto clínico. Esto se puede referir a sustituir un medicamento de referencia por un biosimilar (o viceversa) o reemplazar un biosimilar con otro. El reemplazo puede ser de la siguiente forma:
 - “Switching”: es cuando el médico prescriptor decide cambiar un medicamento por otro esperando el mismo efecto clínico
 - Substitución: cuando se dispensa un medicamento por otro a nivel de la farmacia, sin consentimiento o conocimiento del médico
- **Trazabilidad:** permite seguir la huella de un medicamento, habitualmente se hace con el número de lote y fecha de fabricación del producto. Cualquier medicamento biotecnológico pierde la trazabilidad, si se hace “Switching”.

Farmacovigilancia

Se debe establecer un sistema de farmacovigilancia, que pueda ser usado por las autoridades de la institución, así como del Ministerio de Salud, y que los datos puedan ser accesados públicamente. Este

sistema debe estar sujeto a inspecciones periódicas por parte de las autoridades gubernamentales e institucionales.

Recomendaciones para uso de biosimilares

- El fármaco biosimilar debe utilizarse únicamente cuando se tengan los estudios que respaldan la biosimilaridad y la aprobación por agencias regulatorias como EMA, FDA, Consejo Internacional de Armonización de los Requisitos técnicos para el registro de medicamentos de uso humano (ICH por sus siglas en inglés), fuera de estas tres agencias debe solicitarse evaluación por expertos.
- Los fármacos biosimilares, no deben intercambiarse si en el momento no existe una evidencia sólida en cuanto a la eficacia y seguridad de esta práctica. Por ninguna razón se debe permitir la sustitución, el médico debe estar ampliamente informado acerca del producto que le será aplicado al paciente.
- Todo medicamento biosimilar debe ser tomado como un nuevo medicamento, y ser utilizado únicamente en pacientes vírgenes al fármaco innovador.

6. Referencias bibliográficas

- 1 moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum. 1973;3:55–78.
- 2 Torre JC, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en la artritis psoriásica. Reumatol Clin. 2018;14(5):254–268
- 3 Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassara E. Psoriatic arthritis: a systematic review. Int J Rheum Dis. 2010;13(4):300-17.
- 4 Jasvinder A. Singh et All. American College of Rheumatology / National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Arthritis & Rheumatology. Vol. 71, No. 1, January 2019, pp 5-32.
- 5 Christopher T. Ritchlin, Robert A. Colbert & Dafna D. Gladman. Psoriatic Arthritis. N ENGL J MED 376;10.
- 6 Alwan W, Nestle FO. Pathogenesis and treatment of psoriasis: exploiting pathophysiological pathways for precisión medicine. Clin Exp Rheumatol. 2015;33(5) Suppl93:S2-6.
- 7 A Turrión Nieves, R. Martín Holguera, A. Movasat Hadjkan, C. Bohórquez Heras, M. Álvarez de Mon Soto. Artritis psoriásica. Medicine. 2017; 12 (26): 1508-19.

- 8 Feldman SR. A quantitative definition of severe psoriasis for use in clinical trials. *J Dermatolog Treat* 2004;15:27–9.
- 9 Juan J. Alegre-Sancho, et al. Reactantes de fase aguda en la artropatía psoriásica. Sensibilidad en la valoración de la actividad inflamatoria y correlación con la actividad articular. *Revista Española de Reumatología*.2001;28 (4): 163-167.
- 10 Poggenborg RP, Østergaard M, Terslev L. Imaging in psoriatic arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2015; 41: 593-613.
- 11 Anandarajah AP, Ritchlin CT. The diagnosis and treatment of early psoriatic arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2009;5(11):634-41.
- 12 Mease PJ. Psoriatic arthritis treatment update. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2011;69(3):243-9.
- 13 Cohen SB, Tanaka Y, Mariette X, Curtis JR, Lee EB, Nash P, et al. Long-term safety of tofacitinib for the treatment of rheumatoid arthritis up to 8.5 years: integrated analysis of data from the global clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2017;76:1253–62.
- 14 Mease PJ, McInnes IB, Kirkham B, Kavanaugh A, Rahman P, van der Heijde D, et al. Secukinumab inhibition of interleukin-17^a in patients with psoriatic arthritis. *N Engl J Med* 2015;373:1329–39.
- 15 Lebwohl M, Strober B, Menter A, Gordon K, Weglowska J, Puig L, et al. Phase 3 studies

comparing brodalumab with ustekinumab in psoriasis. N Engl J Med 2015;373:1318–28.





Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Diagramación e Impresión
Serviprensa, S.A.
175 ejemplares
Guatemala, 2021

