



Editorial

Artritis psoriásica recordando a un viejo enemigo en nuestra práctica cotidiana



Psoriatic arthritis remembering an old enemy in our daily practice

Javier Darío Márquez Hernández

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 1 de junio de 2017

La clinimetría se define textualmente como el arte de «medir en la clínica». Y ha sido objeto de estudio por investigadores de antaño, quienes tratando de hacer objetivo lo subjetivo (por ejemplo, el dolor) han diseñado escalas o instrumentos para tratar de facilitar el entendimiento y comportamiento de las enfermedades en general, demostrando ser de gran ayuda y evolucionando extraordinariamente en las enfermedades reumáticas¹.

En hora buena el Dr. Daniel Fernández, en compañía de varios colaboradores, tradujeron al español el instrumento ToPAS (Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire); ellos, con gran rigurosidad metodológica, seleccionaron esta herramienta pragmática que permite identificar fácilmente al paciente con artritis psoriásica (APs)². Los autores, después de describir los principales instrumentos disponibles, seleccionaron acertadamente el cuestionario ToPAS para orientar en la clasificación y en el diagnóstico de los pacientes con APs a los médicos dermatólogos; sin embargo, es aplicable como ayuda a cualquier profesional de la salud para establecer un dictamen oportuno y certero de esta enfermedad, cuyo comportamiento agresivo y afectación importante en la calidad de vida de los enfermos la hacen ser igual o más temida que la artritis reumatoide.

Tamizar a los pacientes con APs tiene antecedentes históricos muy interesantes, en especial por sus destacados

protagonistas, desde su difícil separación de la artritis reumatoide, que inicia con el descubrimiento —en el año 1948— del factor reumatoide, hasta la labor titánica de los Drs. Moll y Verna Wright, en su detallada forma para describir la enfermedad y los diversos tipos de compromiso articular³⁻⁵.

Otros autores que gozan del aprecio de todos, por su acompañamiento en el crecimiento de la reumatología colombiana, los Drs. Vasey y Luis Rolan Espinoza, han desarrollado criterios de clasificación para la APs con muy buen desempeño en términos de sensibilidad y especificidad⁶. Más reciente, en un nuevo trabajo colaborativo internacional se desarrollaron los criterios CASPAR, en el cual tuvimos la oportunidad de participar bajo el amparo del Prof. Espinoza, aportando pacientes de su centro de trabajo en Louisiana State University (New Orleans, EE. UU.). Las principales ventajas de los criterios CASPAR sobre los criterios de Moll y Wright, así como los de Vasey y Espinoza, son: a) la inclusión de la historia familiar de psoriasis, y b) la posibilidad de establecer el diagnóstico de APs en pacientes que desarrollen enfermedad articular inflamatoria incluso ante la presencia de un factor reumatoide positivo y poliartritis simétrica, demostrando ser el de mayor sensibilidad (91%)⁷.

Instaurar el diagnóstico de una espondiloartritis puede convertirse en un desafío para el médico. En un trabajo,

Correo electrónico: jadamarq@yahoo.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.05.001>

0121-8123/© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

publicado en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, tomó de $5,7 \pm 8,6$ años diagnosticar a un grupo de 71 pacientes con espondiloartritis a pesar de ser un centro de alta complejidad⁸. No podemos desconocer las diversas publicaciones nacionales e internacionales que en este sentido el grupo del Hospital Militar Central de la ciudad de Bogotá, liderados por el Dr. Rafael Valle, han desarrollado ampliando el conocimiento que se tiene de la APs en Colombia⁹, así como tampoco el creciente interés de los facultativos en dermatología en participar en el manejo multidisciplinario de las enfermedades reumáticas, con los redundantes beneficios a los pacientes, quienes son nuestra razón de ser.

El trabajo del Dr. Fernández, publicado en la revista órgano oficial de la Asociación Colombiana de Reumatología, explica detalladamente cómo se aplicó el instrumento ToPAS inicialmente a 20 pacientes; cada una de sus variables fueron previamente expuestas en términos de comprensión, confiabilidad y tiempo de respuesta, y su diligenciamiento autoadministrado tomó en promedio 3 min.

Una vez superado este filtro inicial, el cuestionario se aplicó a 108 pacientes (65 hombres, 43 mujeres): 36 (33,3%) tenían artritis psoriásica y 72 (66,6%) psoriasis, demostrando una sensibilidad del 75% y una especificidad bastante alta, del 92%, con un valor predictivo positivo del 82% y un valor predictivo negativo del 88%. El coeficiente de correlación de Pearson demostró una alta confiabilidad con un valor de 0,94 (recordemos que valores por encima de 0,80 se pueden considerar satisfactorios).

La principal desventaja del trabajo fue que el cuestionario no se pudo aplicar a largo plazo, como lo mencionan los autores; sin embargo, esto de ninguna manera afectó el cumplimiento a cabalidad del objetivo propuesto en la publicación.

Exhorto este y todos los esfuerzos encaminados a la divulgación, detección y tratamiento oportuno de la APs de médicos reumatólogos o no reumatólogos; ello se va traducir en menor discapacidad y, por ende, mayor calidad de vida de nuestros pacientes. En verdad son muy bien recibidos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mease PJ, Karki C, Palmer JB, Kavanaugh A, Ritchlin CT, Malley W, et al [En prensa] Clinical characteristics disease activity, and patient-reported outcomes in psoriatic arthritis patients with dactylitis or enthesitis: Results from Corrona Psoriatic Arthritis/Spondyloarthritis Registry. *Arthritis Care Res.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1002/acr.23249>
2. Fernández-Ávila D, Beltrán A, González C, Castro L, Rincón-Ríaño D, Díaz MC, et al. Traducción y validación de la versión en español del cuestionario ToPAS (Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire), para el tamizaje de artritis psoriásica en la consulta dermatológica en Colombia. *Rev Col Reumatol.* 2017;24:79-83.
3. Mol JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1973;3:55-78.
4. Candia L, Cuellar ML, Marlowe SM, Márquez J, Iglesias A, Espinoza LR. Charcot-like arthropathy: A newly-recognized subset of psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2006;24: 172-5.
5. Candia L, Márquez J, González 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;12:9-226.
6. Vasey FB, Espinoza LR. Psoriatic arthritis. En: Calin A, editor. *Spondyloarthropathies.* Orlando: Grune and Stratton; 1984. p. 151-85.
7. Congi L, Roussou E. Clinical application of the CASPAR criteria for psoriatic arthritis compared to other existing criteria. *Clin Exp Rheumatol.* 2010;28:304-10.
8. Márquez J, Candia DL, Pinto LF, Restrepo M, Uribe E, Rincón OL, et al. Espondiloartritis en el Hospital Pablo Tobón Uribe. Descripción de una corte. *Rev Col Reum.* 2010;17: 80-5.
9. Fernández D, Beltrán A, Londoño J, Reyes E, Mora C, Santos P, et al. Diagnóstico de artritis psoriásica. *Rev Col Reumatol.* 2009;16:342-51.